

# Naturheilpraxis Sporr GbR

## Patientenfragebogen



Sehr geehrter Patient,  
bitte füllen Sie den folgenden Fragebogen möglichst vollständig aus.  
Ihre Daten werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

Name, Vorname

Straße, HausNr.

PLZ

Ort

Telefon

Mobil

Geburtsdatum

Beruf

E-Mail

Wollen Sie ihre Rechnung per E-Mail erhalten? \*\* Ja      Nein

Hausarzt (Name)

Anschrift, Telefon

Bei Minderjährigen bitte zusätzlich Name (und ggf. Anschrift) des  
Erziehungsberechtigten/des Versicherten angeben:

Krankenversicherung:

Gesetzlich versichert

Zusatzversicherung für  
Heilpraktiker

Beihilfeberechtigt

Privat versichert

Woher kennen Sie unsere Praxis?

*\*\* Die E-Mail wird mit einer SSL-Verschlüsselung (min. 128bit) versendet. Die Rechnung liegt im PDF-Format vor. Die PDF ist nicht extra Verschlüsselt und kann von jedem, der Zugriff auf Ihr Postfach hat, eingesehen werden. Mit setzen des "JA"-Kreuzes akzeptieren Sie diese Tatsache.*

Ich habe keine Beschwerden und bin aus prophylaktischen Gründen hier

Meine Hauptbeschwerden sind:

akut, seit:

chronisch, seit:

Meine Beschwerden wurden bereits behandelt mit / von wem?

Die Behandlung war:

erfolgreich

kurzzeitig besser

mäßig erfolgreich

erfolglos

Ich nehme zur Zeit folgende Medikamente + **letzte Antibiotika-Einnahme:**

## Anamnese

Alte Verletzungen (z.B. Bänderrisse), Vergangene OPs, Knochenbrüche, etc.

Gleitwirbel (Grad 3)

Osteoporose

längere Zeit Cortison eingenommen

Arthrose

Rheumatische Erkrankungen

Allergien:

Hauterkrankungen:

Nahrungsmittelunverträglichkeiten:

Herzschrittmacher

Schwindel (Dreh-, Schwank-, Lage-Schwindel)

Gleichgewichtsstörungen

schlechter Allgemeinzustand

Vergesslichkeit

Probleme mit Darm/Verdauung (Durchfall, Verstopfung, Sodbrennen)

Probleme Zähne/Kiefer (OPs, Amalgam, Knirschen, Schmerzen,...)

Weisheitszahn - oder Mandel-OP?

Rauchen (wenn ja, wieviel pro Tag)

Alkohol (wenn ja, wieviel pro Tag)

Stresslevel 1-10 (10 ist sehr hoch)

Ich habe Beschwerden in:

Kopf/Halswirbel/Nacken

Schulter-, Arm-, Handschmerzen

Brustwirbelsäule

Hüft-, Knie-, Knöchel-, Fußprobleme

Lendenwirbelsäule

Becken, ISG, Leiste

Ich trage Schuh-Einlagen seit:

Ich trage eine einseitige Absatzerhöhung: links rechts mm, seit:

Charakteristik der Schmerzen:

Brennen

Stechen

Taubheit

Kälte

Schmerzen, die an der Hinterseite des Beines nach unten ziehen (Ischialgie)

Schmerzen beim Husten, Lachen, Niesen, Pressen

Schmerzen, die am Schlafen hindern

Sonstige Probleme (die noch nicht abgefragt wurden) z.B: Augen, Ohren, Lunge, Schilddrüse, Herz, Leber, Galle, Bauchspeicheldrüse, Magen, Nieren, Blase, etc.

***Vielen Dank, dass Sie sich Zeit genommen haben!***