

# FRAGENBOGEN



Praxis Für Naturheilkunde

## Persönliche Daten

Name

---

—

Adresse

---

—

Postleitzahl \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ E-Mail Adresse \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

## Körperliche Beschwerden

Ich fühle \_\_\_\_\_

---

Charakteristik der Beschwerden \_\_\_\_\_

Wo befinden sich die Schmerzen (rechts oder links) \_\_\_\_\_

Wann treten sie auf ? \_\_\_\_\_

Wann Verbesserung? \_\_\_\_\_

Wann Verschlimmerung? \_\_\_\_\_

Begleitende Beschwerden? \_\_\_\_\_

Anlass der Beschwerden \_\_\_\_\_

Zum Beispiel : Trauer, Prellungen, Schmerzen, Suppression \_\_\_\_\_

### **Charakter**

Schwächen? \_\_\_\_\_

Stärken? \_\_\_\_\_

Fürchten Sie Sich ? \_\_\_\_\_

Z. B.: Höhenangst, Dunkelheit, Tiere, Raumangst (kleinraum), Aufzug, Erkrankung,

Menschenmenge , Jemanden \_\_\_\_\_

Wenn Sie Böse sind, in welcher Form äußeren Sie sich? Halten Sie ein ?

Richten Sie sich Väterlich oder Mütterlich? \_\_\_\_\_

### **Lebenslauf (Kinderkrankheiten, und dergleichen)**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## **Nahrung**

Welche sind Ihre Lieblingsgerichte ? \_\_\_\_\_

---

Eklen Sie sich für bestimmte Lebensmittel? \_\_\_\_\_

---

Gibt es beschwerende Lebensmittel ? \_\_\_\_\_

---

Wie geht es wenn sie Durst haben? \_\_\_\_\_

---

## **Schlafgewohnheiten**

Wie ist Ihre Schlafhaltung? \_\_\_\_\_

---

Schnarchen / Zähnekirschen /Speichelverlust (faules Kissen)/ Füße oberhalb der Decke

---

Wovon träumen Sie? \_\_\_\_\_

---

## **(Raum)Temperatur und Wetter**

Wie erleben Sie kaltes / feuchtes Wetter \_\_\_\_\_

---

Fürchten Sie sich für Gewitter ? \_\_\_\_\_

---

## **Stuhlgang, Urin en schwitzen**

Verstörungen auf dieser Ebene? \_\_\_\_\_

---

## **Regelschmerzen (gegebenenfalls)**

Dauer und Menge \_\_\_\_\_

---

Prämenstruale Beschwerden / Symptome (Schmerz, Reiz,  
Stimmungsschwankungen) \_\_\_\_\_

Sekretion (Soor / Pilzinfektion ) \_\_\_\_\_

## **Sexualität**

Haben Sie Beschwerden? \_\_\_\_\_

Zum Beispiel: Keine Lust, übermäßigen Sexualtrieb, Impotenz, Frigidität? \_\_\_\_\_

## **Ungelöste Trauer**

Worüber, Seit wann (möchte getröstet werden / eher zurückhaltend)

## **Stimmungen**

Weinen, Beileid, Sorgend, Unrecht, Eifersucht , im Arm nehmen, wieder gut machen, Heimweh, Drang zu Fliehen \_\_\_\_\_

Ehemalige Krankheiten und Krankheiten der Familie

---

---

## Medikamente

Welche Medikamente nehmen / nahmen Sie?

---

---

---

---

---

---

---

## Zähne und Probleme.

Plomben (Amalgam), Gebiss (dritt Zähne?), Entzündungen, Zahnspange

---

---

---

Zahnstand : Gerade, Schief, Spaltung usw.

---

---

---

## Zeh- und Fingernägel

Bröcklig, gespaltet, Rillen (Längsrillen / Querrillen), Kalk etc. / kosmetischer Eindruck

---

---

## **Impfungen (Dokumente ) Reise-Impfungen**

---

---

---

---

---

## Lebenslauf (über sich selbst, oder ihre Kinder)

Probleme mit der Fruchtbarkeit \_\_\_\_\_

---

---

---

Page 10 of 10

Misgeburt \_\_\_\_\_

---

Page 10 of 10

## Schwangerschaft

## 1. Lebensjahr

---

---

---

## **Drogen / Süchte**

Rauschgift / Pillen, rauchen, alkoholische Getränke, oder sonstiges

---

---

---

---

## **Sonstiges**

---

---

---

---

---

---

---