**Fragebogen**

Liebe/r Patient/in,

Bitte nehmen Sie sich ausreichend Zeit um den Fragebogen zu beantworten.

Um eine umfassende Behandlung durchführen zu können, benötige ich ein vollständiges Bild von Ihnen mit Angaben zu Ihrer Krankheitsgeschichte, zu Ihrer Familiengeschichte und zu der Chronologie Ihrer Beschwerden.

Je vollständiger die Informationen von Ihnen sind, desto klarer wird das Bild für mich.

Sollten Sie noch Fragen oder Unklarheiten haben, melden Sie sich gerne bei mir.

Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!

Mit freundlichen Grüßen

Hilke Tietjen

|  |
| --- |
| **Name:** |
| **Vorname:** |
| **Anschrift:** |
| **Geburtsdatum:** |
| **Telefon:** |
| **E-Mail Adresse:** |

**Fragen zu Ihrer aktuellen Situation**

1. **Welche Beschwerden / Sorgen veranlassen Sie zu mir zu kommen?**

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |

1. **Seit wann haben Sie diese Beschwerden, beschreiben Sie bitte kurz den Verlauf?**

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |

1. **Wann und / oder womit verbessern oder verschlechtern sich Ihre Symptome?**

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |

1. **Hat es einen Auslöser für Ihre Beschwerden gegeben? (Unfall, Tod, Beziehungsprobleme, Sorgen…)**

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |

1. **Sind Sie mit diesen Beschwerden in ärztlicher und / oder naturheilkundlicher Behandlung?**

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |

1. **Haben Sie zusätzlich noch andere Beschwerden?**

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |

**Fragen zu Ihrer Vergangenheit**

1. **Wie war die Schwangerschaft Ihrer Mutter und die Geburt von Ihnen? Gab es Komplikationen?**

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |

1. **Gab es bei Ihnen nach der Geburt irgendwelche Auffälligkeiten (Milchschorf, Blutschwamm, Feuermal, Blähungskoliken, Windeldermatitis, Herzfehler, Legasthenie, Riesenwuchs, langsame Entwicklung)?**

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |

1. **Hatten Sie Kinderkrankheiten (Keuchhusten, Masern, Scharlach, Mumps, Windpocken, Diphtherie, Röteln, Tbc) und wie war deren Verlauf?**

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |

1. **Wie ist Ihre Kindheit verlaufen? Hatten Sie Probleme mit Gelbsucht, Blähungskoliken, Schlaf, Ängsten, Laufen lernen, Sprechen lernen, Zahnung, Parasiten, Bettnässen, Stuhlgang, Operationen?**

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |

1. **Gegen welche Krankheiten wurden Sie geimpft, gab es Auffälligkeiten nach Impfungen (Hautprobleme, Rötungen, Schwellungen, Durchfall)? Bitte Impfpass mitbringen!**

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |

1. **Hatten Sie in Ihrer Krankheitsgeschichte schon einmal folgende Krankheiten, bitte ankreuzen.**

□ Herzerkrankungen □ Hoher/Niedriger Blutdruck □ Krebsleiden

□ Diabetes (Zuckerkrankheit) □ Rheuma □ Gicht

□ Atemwegserkrankungen □ Lungenentzündung □ Tuberkulose

□ Darmerkrankungen □ Nieren- bzw. Blasenleiden □ Magenleiden

□ Leber-/Galleleiden □ Hauterkrankungen □ Muttermale

□ AIDS □ Geschlechtskrankheiten □ genitaler Ausfluss

□ Alkoholmissbrauch □ Medikamentenmissbrauch □ Feigwarzen/Kondylom

□ Migräne/andere Neuralgien □ Schilddrüsenstörungen □ Malaria

□ Warzen □ Warzen, wie kleine Hautfetzen, ca. 1-3mm lang

□ Geistes-bzw. Gemütskrankheiten □ Pfeiffer´sches Drüsenfieber

1. **Nehmen Sie aktuell Medikamente oder Hormone ein. Wenn ja bitte listen Sie diese auf.**

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |

1. **Haben Sie in der Vergangenheit Medikamente oder Hormone hochdosiert eingenommen? Gab es dabei Unverträglichkeiten oder auffällige Reaktionen?**

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |

**Ich danke Ihnen sehr für Ihre Mitarbeit!**