

BEFUNDBOGEN

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Sie haben sich für eine Behandlung in unserer Praxis entschieden. Vielen Dank!
Wir hoffen Sie während der Behandlung tiefer kennenzulernen, um unseren ganzheitlichen Therapieansatz wirkungsvoll auf Sie abzustimmen. Damit wir Ihre Beweggründe und Beschwerden genau verstehen, fangen wir das Kennenlernen gleich an und präsentieren IHNEN den folgenden Fragebogen. Bitte füllen Sie ihn vollständig aus. Sollten Sie eine Frage vermissen, dann stellen und beantworten Sie sie auf einer der Rückseiten. Auf der vierten Seite finden Sie ein Körperschema, daß Ihnen helfen soll, uns die Art und den Ort Ihrer Beschwerden genauer zu lokalisieren.

Name: _____



: _____

1. Anliegen/Beschwerden:

2. Treten die Beschwerden zu einer bestimmten Tages-/Nachtzeit auf ?

Was verbessert sie ?

Was verschlechtert sie ?

Vorkommen der Beschwerden in der Familie (bei wem?) ?

Gab es einen auslösenden Anlass

3. Sonstige, frühere oder noch bestehende Beschwerden/Operationen/Narben /Unfälle

4. Bisherige Therapien

5. Leiden Sie unter Kopfschmerzen ?

Wann ?

Wo ?

6. Haben Sie Venenerkrankungen wie zum Beispiel

Krampfadern Hämorrhoiden Venenentzündungen _____

7. Charakterisieren Sie Ihre Verdauung!

Darmtätigkeit: regelmäßig unregelmäßig wenig

Durchfall: Wann ? _____

Wonach ? _____

8. Stellen Sie uns Ihre Energie/Gefühlslage dar.



9. Wie ist es um Ihren Schlaf bestellt ?

Schlafen Sie gut ein ?

ja nein

Schlafen Sie durch ?

ja nein

Wann wachen Sie normalerweise auf ?

10. Wie ernähren Sie sich ? (z.B. warm,regelmäßig)

Nennen Sie uns Ihre Lieblingsspeise.

11. Wieviel und was trinken Sie täglich ?

12. Nennen Sie uns Ihre Art der Bewegung/Sport/Hobbies.

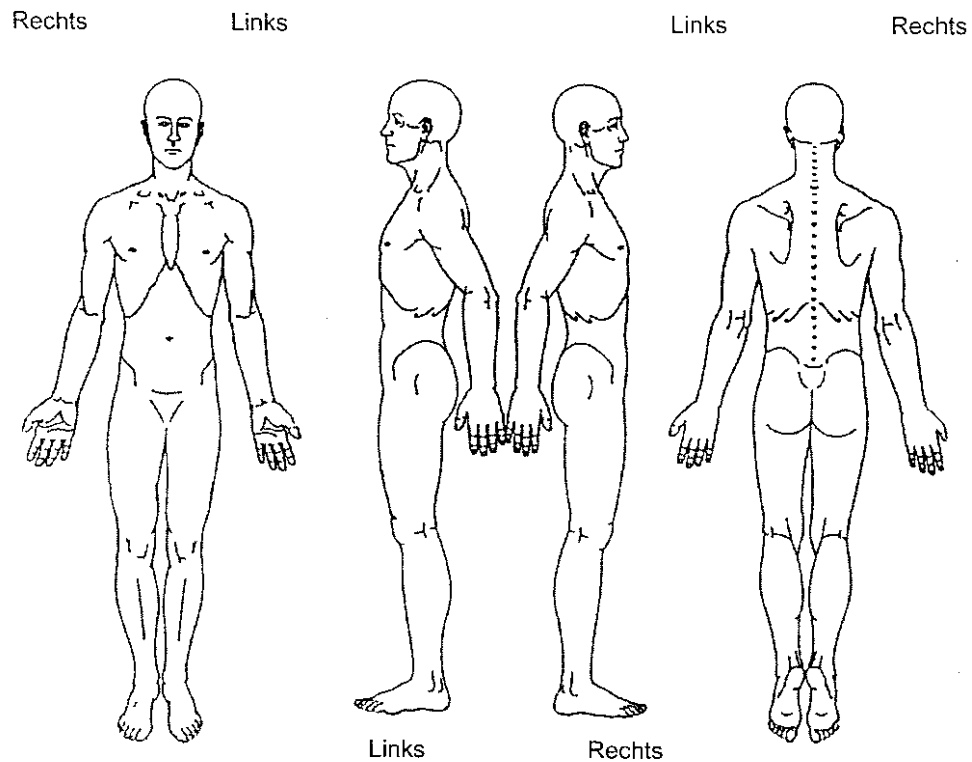
13. Welchen Beruf üben Sie aus ?
14. Nennen Sie uns Ihre Größe und Ihr Gewicht.
15. Nehmen Sie Medikamente/Kontrazeptiva/Hormone ein ? Welche?
16. Für Frauen:
- Menstruation: regelmäßig unregelmäßig keine
 schmerzhaft Wechseljahre Menopause
- Wie lange hält die Menstruation an ?
17. Haben Sie Kinder eine bestehende Schwangerschaft? einen Kinderwunsch?
18. Nennen Sie Ihre Lieblingsfarbe.
19. Nennen Sie Ihr Lieblingsklima (Wetter) für das Wohlbefinden.
20. Wie ist Ihre Windverträglichkeit ?
21. Welche Wünsche/Erwartungen/Ziele verbinden Sie mit der Therapie bei uns?
22. Warum haben Sie sich für unsere Praxis entschieden?
23. Haben Sie ohne Probleme eine Verordnung bekommen?
24. Wer ist Ihr behandelnder Arzt?

25. Können Sie sich vorstellen diese oder ergänzende Behandlungen privat zu bezahlen?

Name: _____

Datum: _____

Bitte zeichnen Sie das(die) Gebiet(e) ihres Problems an. Es ist besser, wenn Sie keine Kreise oder X-Zeichen benutzen, sondern malen Sie das(die) Gebiet(e) so flächig an, wie Sie ein Kinderbuch kolorieren würden.



Beurteilen Sie den Schweregrad ihrer Beschwerden mit einem Strich auf der untenstehenden Linie



Beurteilen Sie inwiefern Ihre Beschwerden Sie im Alltag einschränken

