

Praxis für Naturheilkunde
und ganzheitliche Psychotherapie
Heilpraktikerin Brigitte Neumeister

74078 Heilbronn Hirschstr. 2/1
Tel. 07131 3961853
e-mail: hp.neumeister@02online.de



Fragebogen für die Therapie

Kennung

Dt.Erstkonsultation:

Grund der Konsultation:

Name

Vorname

Geburtsdatum:

Geburtsuhrzeit:

Anschrift

Strasse

Plz/Ort

Telefon/Fax

Versicherung

E-Mail/Handy

Rechnung an:

Ansprechpartner für Notfälle

Anschrift/Tel.:

Hausarzt

Anschrift/Tel.:

Größe:

Augenfarbe:

Sommersprossen:

Leberflecken:

Sehhilfe:

Gehörhilfe

Gehhilfe

Narben

Gewicht:

Haarfarbe:

Muttermale

Feuermale:

Um eine Therapie erfolgreich durchführen zu können, bedarf es einer intensiven Mitarbeit des Patienten. Bitte füllen sie deshalb den Fragebogen oder lassen Sie den Fragebogen, gewissenhaft und ehrlich, ausfüllen. Machen Sie keine unsicheren Angaben und verschweigen Sie nichts Wichtiges. Selbstverständlich werden alle Angaben vertraulich behandelt.

Fragebogen Blatt 2

Klient

Beruf

erlernt
ausgeübt
Arbeitgeber

Fam.stand

ledig/

verheiratet

geschieden

verwitwet

getrennt

seit:

seit zum 2x:

Lebenspartner

Alter/Beruf

Kinder

Anzahl

Alter

Geschlecht

Beruf

Status

Begleiter
Fa.Stand z. Klient

Beschwerden/Krankheiten

Diagnosestellung
Datum

von wem?

Spezielle Angaben

Beschwerden Krankheiten/	gestellte Diagnosen wann	von wem
-----------------------------	-----------------------------	---------

Medikamente

+

Operationen

Datum

Allg. Krankenhausaufenthalt

Impfungen/Datum

	Klient
Hobbies	

Gewohnheiten	Rauchen: Alkohol	Bier Wein Sekt Mixgetränke Hochprozentig Vorlieben	Ja	Anzahl /pT	nur bei Anlässen	nein
			Ja	Anzahl der Gläser/pT	nur bei Anlässen	nein
					Abneigung	
	+++	++	+	=	-	--
Fleisch						
Fisch						
Speiseeis						
Schokolade						
Gummibären						
Bonbons						
Backwaren						
Obst						
Gemüse						
Salat						
Kaffee						
Tee						
Milch						
Salziges						
saures						
Eier						
allg. Nahrungsmittel						
sonst.						
Spiele						
PC						
Telefon						
Fernseher						
Arbeit						
sonst.						

Fragebogen Blatt 5	Klient
Gewohnheiten	

Ängste/Phobien welche:

Rituale/ besondere Abläufe im tägl. Leben

Zwänge: z.B. ständiges Händewaschen oder anderes

Träume:	
---------	--

Schlaf (Lage, Zeit, Dauer Begleiterscheinung)	
--	--

Fragebogen Blatt6

Klient

Gemütszustand

Erfahrung mit Hypnose

Welche Menschen
bewundern Sie?

Mit welchen Menschen
haben Sie Probleme

Welches Gefühl belastet Sie?

Kriseninterventionen

Genitalien

Männlich

ja nein

Gab es einen Hodenhochstand

Hatten Sie eine Vorhautverklebung

Hatten Sie eine Harnröhrenverklebung

Musste eine Phimose behandelt werden

Hatten Sie schon einmal eine Hodenentzündung

wann

Ist die Prosta vergrößert

Gab es schon einmal eine Pilzinfektion im Genitalbereich

Gab es schon einmal eine Herpesinfektion im Genitalbereich

Hatten Sie andere Entzündungen im Genitalbereich

Sind sie ungewollt Kinderlos

Wie stehen Sie FKK gegenüber

Weiblich

Haben oder hatten Sie Ausfluss
seit wann

Wie sieht der Ausfluss aus

dick dünn eitrig milchig eiweißartig

gelb braun rot sonst

Welche Beschwerden macht der Ausfluss

brennend juckend mild keine wundmachend

keine

Zu welcher Zeit tritt er auf

Vor der Periode Zwischen der Periode

nach der Periode ist immer vorhanden

Wurde der Ausfluss schon behandelt ja nein
Wenn ja, mit welcher Therapie

Erfolg?

Hatten Sie schon einmal Vaginalpilze ja nein
Hatten Sie schon einmal Entzündungen der Eierstöcke
Gebärmutter

Hatten Sie schon einmal Zysten
Hatten Sie schon einmal Myome

Fragebogen 7.2

Klient

In welchem Alter war Ihre 1. Menstruation

Wie verlief Sie

In welchem Alter hatten Sie die Menstruation regelmäßig

Bemerken Sie ein paar Tage vor, zu Beginn, während oder nach bzw. zwischen der
Menstruation körperliche psychische sonst. Veränderungen
Beschwerden (Art)

In welchen Abständen haben Sie die Periode (1. Tag der Blutung bis nächste Blutung)

Wie lange dauert die Blutung

Wie stark ist Ihre Periode

Wie ist die Farbe

helles B. dunkles B. mit Klumpen

Zu welcher Tages- oder Nachtstunde fließt die Menses am stärksten

Leiden Sie unter Zwischenblutungen ja nein

Werden oder wurden Sie, obwohl Kinderwunsch besteht nicht schwanger ja nein

Wenn ja, was war der Grund für die Kinderlosigkeit

Waren Sie schon einmal schwanger ja nein
wenn ja, wie oft

Hatten Sie schon Fehlgeburten Wie oft In welchem Monat

Hatten Sie einen Schwangerschaftsabbruch In welchem Monat

Wie verliefen die Schwangerschaften

Fragebogen 7.3

Klient

Hatten Sie in der Schwangerschaft irgendwelche Vorlieben

Abneigungen

Unverträglichkeiten

Gab es in der Schwangerschaft Komplikationen

Haben Sie in der Schwangerschaft Medikamente eingenommen

Verlauf der Entbindung / en

Beschwerden im Wochenbett

Haben Sie gestillt
wie lange

Wie stehen Sie FKK gegenüber

Haustiere

sonstiges

genauere Beschreibung der Beschwerden/ Krankheiten:

zu !.

Wo treten die Beschwerden auf:

Wie ist der Schmerz:

Wann tritt der Schmerz auf:

Was löst den Schmerz aus:

Wie lange besteht der Schmerz:

Was bessert den Schmerz

Welche Symptome begleiten den Schmerz:

zu weiteren Beschwerden: nach obigem Schema bitte beantw.

Allgemeines

Welche Farbe ist Ihre Lieblingsfarbe:

Haben Sie ein Lieblingsmärchen gehabt:

Wenn ja welches.

Haben Sie einen Lieblingsfilm:

Wenn ja welcher:.

Appetit: vermehrt

zu bestimmten Zeiten

Hießhunger worauf

Abneigung gegen:

Durst: tägliche Trinkmenge:

Was trinken Sie:

Wann trinken Sie:

was trinken Sie im Winter:

im Sommer

in der Übergangszeit:

Wie ist Ihr Gehörsinn aufgeprägt:

Haben Sie Sehstörungen/ Auffälligkeiten:

Wie ist Ihr Geruchsinn ausgeprägt:

Haben Sie gegen gewisse Gerüche eine Abneigung:

Lieben Sie gewisse Gerüche:

Wie ist Ihr Geschmacksinn:

Leiden Sie unter Sodbrennen:

Müssen Sie öfters aufstoßen wenn ja, wonach

Haben Sie öfters Blähungen , wenn ja wo nach:

Fragebogen Blatt 10

Klient:

Stuhl: Wie oft haben Sie Stuhlgang.
Konsistenz des Stuhls
Welche Farbe hat er:
Geruch des Stuhls
Körperhaltung beim Stuhlgang

Urin: Aussehen:
Menge:
Harndrang:
Entleerung:
begleitende Beschwerden:
vor:
während:
zum Ende:
danach:

**Beispiele von besonderen Schicksalen in Ihrer Familie,
die bedeutungsvoll sein können:**

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Tod im Kindbett | <input type="checkbox"/> Alkoholismus |
| <input type="checkbox"/> Andere Abhängigkeiten | <input type="checkbox"/> Behinderung |
| <input type="checkbox"/> schwerer Unfall | <input type="checkbox"/> schwere Krankheit |
| <input type="checkbox"/> Gefängnisaufenthalt | <input type="checkbox"/> Psychriaufenthalt |
| <input type="checkbox"/> nichteheliche Geburt | <input type="checkbox"/> Homosexualität |
| <input type="checkbox"/> Ausschluss aus der Familie | <input type="checkbox"/> Selbstmordversuch/ Selbstmord |
| <input type="checkbox"/> Verlust der materiellen Existenz | <input type="checkbox"/> Ist jemand um sein Erbe betrogen worden? |
| <input type="checkbox"/> in Kriegsgefangenschaft | <input type="checkbox"/> War jemand als Soldat im Krieg? |
| <input type="checkbox"/> Adoption | <input type="checkbox"/> Flucht oder Vertreibung |
| <input type="checkbox"/> Auswanderung/ Einwanderung | <input type="checkbox"/> Eltern aus 2 Nationalitäten |
| <input type="checkbox"/> Welche Person(en) wurde(e) aus Ihrer Sicht, aus Ihrer Sippe ausgeschlossen? | |
-

Gibt es in Ihrer Familie/ Blutsverwandschaft:

- | | | |
|---|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Zwillingenkinder | <input type="checkbox"/> Fehlgeburten | <input type="checkbox"/> Todgeburten |
| <input type="checkbox"/> Trichterbrust | <input type="checkbox"/> Wirbelsäulenerkrankungen | <input type="checkbox"/> Klumpfuß |
| <input type="checkbox"/> Fehlende Organe | <input type="checkbox"/> doppelt angelegte Organe | |
-

Fragebogen Blatt 11

Klient:

weitere Angaben zur Familie: Erkrankungen in der väterlicher Linie:

Vater

Oma

Opa

Onkel

Tante

Erkrankungen in der mütterlichen Linie:

Mutter

Oma

Opa

Onkel

Tante

Fragebogen Blatt 12

Klient:

Erkrankungen der Geschwister:

Erkrankungen der Kinder:

ORT,

Datum:

Unterschrift:
