



**Fachpraxis**  
**für natürliches Heilen und regulative Medizin**  
Christine Lehenherr  
Heilpraktikerin

Kropfbühl 6  
88662 Überlingen  
Telefon: +49 (0)7773 9382877  
Fax: +49 (0)7773 9382875  
Email: [info@heilmachen.de](mailto:info@heilmachen.de)  
Internet: [www.heilmachen.de](http://www.heilmachen.de)

## Patienten – Fragebogen

Bitte nehmen Sie sich genug Zeit, den Fragebogen genau auszufüllen,  
und bringen Sie ihn zum ersten Termin mit.

Bei den Beispielen genügt es anzukreuzen, sofern diese zutreffen.  
Ansonsten antworten Sie bitte in eigenen Worten.

Vorname	Name	
Straße	Hausnummer	
PLZ	Ort	
Telefon	Mobil	Email
Geburtstag	Geburtsort	Körpergröße / Gewicht
Versicherung / Tarif	Beruf	
Wie sind Sie auf meine Praxis aufmerksam geworden?		

<b>Beschwerden</b>	
Unter welchen Beschwerden leiden Sie und seit wann?	(Ordnen Sie bitte nach Wichtigkeit.)
1.	seit:
2.	seit:
3.	seit:
4.	seit:
5.	seit:
6.	seit:
7.	seit:
8.	seit:
Welche Behandlungen haben Sie gegen Ihre Beschwerden bereits bekommen?	
Welche Medikamente / Nahrungsergänzungsmittel nehmen Sie zurzeit ein?	
<b>Wichtiger Hinweis: Medikamente nur nach therapeutischer Rücksprache reduzieren oder absetzen !</b>	
<b>Krankheitsgeschichte</b>	
Chronologische Krankengeschichte Bitte erfassen Sie alle Ihre bisherigen Erkrankungen und Operationen in zeitlicher Reihenfolge.	
<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	

Sind Autoimmunerkrankungen bekannt? Wenn ja, welche?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Welche Infektionskrankheiten haben Sie durchgemacht?	<input type="radio"/> Masern <input type="radio"/> Tropenkrankheiten <input type="radio"/> Tetanus <input type="radio"/> Kinderlähmung <input type="radio"/> Windpocken <input type="radio"/> Mumps <input type="radio"/> Ruhr <input type="radio"/> Syphilis <input type="radio"/> Malaria <input type="radio"/> Scharlach <input type="radio"/> Gonorrhoe (Tripper) <input type="radio"/> Pfeiffersches Drüsenfieber <input type="radio"/> Salmonellose <input type="radio"/> Tuberkulose <input type="radio"/> Röteln <input type="radio"/> Keuchhusten	
Wurden diese oder andere Erkrankungen schon einmal mit Antibiotika behandelt? Falls ja, welche Antibiotika wurden eingesetzt?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Haben Sie Narben von Operationen? Falls ja, wo?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Leiden Sie oft unter Erkältungskrankheiten?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Welche Krankheiten sind in Ihrer Familie aufgetreten?	<input type="radio"/> Krebs <input type="radio"/> Rheumatismus <input type="radio"/> Geschlechtskrankheiten <input type="radio"/> Gicht <input type="radio"/> Geisteskrankheiten <input type="radio"/> Multiple Sklerose <input type="radio"/> Herzkrankheiten <input type="radio"/> Nieren- oder Gallen- <input type="radio"/> Epilepsie <input type="radio"/> Allergien <input type="radio"/> Schlaganfall                      steine <input type="radio"/> Gefäßerkrankungen <input type="radio"/> Neurodermitis <input type="radio"/> Schuppenflechte <input type="radio"/> andere: <input type="radio"/> Asthma <input type="radio"/> Tuberkulose <input type="radio"/> Zuckerkrankheit                      ..... .....	
<b>Impfungen</b>		
Welche Impfungen haben Sie bekommen?	<input type="radio"/> Tuberkulose <input type="radio"/> Polio (Kinderlähmung) <input type="radio"/> Diphtherie <input type="radio"/> Tetanus <input type="radio"/> HIB <input type="radio"/> Keuchhusten <input type="radio"/> Masern <input type="radio"/> Mumps <input type="radio"/> Röteln <input type="radio"/> Cholera <input type="radio"/> Gelbfieber <input type="radio"/> Hepatitis <input type="radio"/> Pocken <input type="radio"/> Grippe <input type="radio"/> andere:	
Gab es Reaktionen auf Impfungen?	<input type="radio"/> Fieber <input type="radio"/> Krämpfe <input type="radio"/> Unruhe <input type="radio"/> Verhaltensänderungen <input type="radio"/> Hautausschläge <input type="radio"/> Schlaflosigkeit	
<b>Emotionales</b>		
Reagieren Sie auf Wärme im Sommer?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Sind Sie berührungsempfindlich?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Beeinträchtigt Sie ein geschlossener Kragen?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Beeinträchtigt Sie ein enger Gürtel?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Sind enge Räume für Sie unangenehm?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Mangelnde Konzentration?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Sind Sie müde und erschöpft?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Reizbarkeit verstärkt?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Treiben Sie regelmäßig Sport? Wie oft?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Schwitzen Sie leicht?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein

Schwitzen Sie nachts?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
An welchem Körperteil? .....	<input type="radio"/> warmer Schweiß <input type="radio"/> kalter Schweiß	
Frieren Sie schnell?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
<input type="radio"/> kalte Hände <input type="radio"/> kalte Füße		
Wie belastbar und leistungsfähig fühlen Sie sich?		
<input type="radio"/> sehr belastbar <input type="radio"/> mäßig belastbar <input type="radio"/> gar nicht belastbar		
Haben Sie zurzeit Stress?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Wenn ja: <input type="radio"/> beruflich		
<input type="radio"/> Familie		
Wie hoch würden Sie Ihre Stressbelastung einstufen auf einer Skala von 1 - 10		
<b>1 = kaum                      10 = extrem</b>		
<b>Ernährung</b>		
Wie viel Liter trinken Sie täglich? .....		
Was trinken Sie normalerweise?		
Welche dieser Nahrungsmittel essen Sie?		
<input type="radio"/> Milchprodukte	<input type="radio"/> Eier	<input type="radio"/> Süßigkeiten
<input type="radio"/> Weißmehlprodukte	<input type="radio"/> Nüsse	<input type="radio"/> Kuchen
Auf welche Lebensmittel können Sie nur schwer verzichten?		
<b>Verlangen nach</b>		<b>Abneigung gegen</b>
<input type="radio"/> süß	<input type="radio"/> Fleisch	<input type="radio"/> süß
<input type="radio"/> sauer	<input type="radio"/> Eier	<input type="radio"/> sauer
<input type="radio"/> pikant	<input type="radio"/> Obst	<input type="radio"/> pikant
<input type="radio"/> bitter	<input type="radio"/> Nikotin	<input type="radio"/> bitter
<input type="radio"/> salzig	<input type="radio"/> Alkohol	<input type="radio"/> salzig
<input type="radio"/> scharf		<input type="radio"/> scharf
		<input type="radio"/> Fleisch
		<input type="radio"/> Eier
		<input type="radio"/> Fett
		<input type="radio"/> Alkohol
Nahrungsmittel – Allergien auf:		
Leben Sie nach bestimmten Ernährungsrichtlinien?		<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Wenn ja, welche?		
Vertragen Sie Rohkost?		<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Verursacht Rohkost Blähungen?		<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Sind Sie bereit, Ihre Ernährungsgewohnheiten mit meiner Hilfe zu verbessern?		<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
<b>Wohnung</b>		
Sind Ihr Schlaf- und Ihr Arbeitsplatz auf geopathische Belastungen und Elektrosmog untersucht worden?		
		<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Wie ist Ihre Wohnung beschaffen?		
<input type="radio"/> Funkmasten in der Nähe	<input type="radio"/> Schimmelpilzbelastung	
<input type="radio"/> Überlandleitung / Bahnstrom in der Nähe	<input type="radio"/> Antiquitäten / Holzschutzmittel	
<input type="radio"/> Bäche / Flüsse in der Nähe	<input type="radio"/> Teppichböden	
	<input type="radio"/> Mikrowelle	

Wie ist Ihr Schlafplatz eingerichtet?					
<input type="checkbox"/> schnurlose Telefone/ Internet	<input type="checkbox"/> elektrische Geräte Standby	<input type="checkbox"/> Wasserbett	<input type="checkbox"/> eingebauter elektrischer Motor		
Schlaflage: <input type="checkbox"/> Bauch <input type="checkbox"/> Rücken <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> sitzend <input type="checkbox"/> kniend <input type="checkbox"/> zusammengerollt					
Wie ist Ihr Schlaf?					
<input type="checkbox"/> Schlaflosigkeit		<input type="checkbox"/> Sprechen im Schlaf			
<input type="checkbox"/> häufiges Erwachen, um ..... Uhr		<input type="checkbox"/> Nachtschweiß			
<input type="checkbox"/> nächtliches Wasserlassen. Wie oft? ..... mal		<input type="checkbox"/> heiße Füße			
<input type="checkbox"/> Schwierigkeiten beim Einschlafen		<input type="checkbox"/> Zähneknirschen			
<input type="checkbox"/> Unruhe in den Beinen		<input type="checkbox"/> lebhafte Träume			
<b>Kopf</b>					
<b>Leiden Sie unter Kopfschmerzen?</b>					
<input type="checkbox"/> häufig <input type="checkbox"/> selten <input type="checkbox"/> nie		<input type="checkbox"/> halbseitig, <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts			
<input type="checkbox"/> Stirn-, Augen-, Schläfenregion		<input type="checkbox"/> doppelseitig			
<input type="checkbox"/> Hinterhauptregion		<input type="checkbox"/> wandernd von links nach rechts			
<input type="checkbox"/> morgens		<input type="checkbox"/> wandernd von rechts nach links			
<input type="checkbox"/> abends					
Auslöser der Kopfschmerzen:		Was verbessert:	Was verschlechtert?		
<b>Haare</b>					
<input type="checkbox"/> Haarausfall:	<input type="checkbox"/> kreisrunder	<input type="checkbox"/> vereinzelter	<input type="checkbox"/> seit wann? .....		
<b>Augen</b>					
<input type="checkbox"/> Bindehautentzündung		<input type="checkbox"/> sonstige Beschwerden			
<input type="checkbox"/> kurzsichtig		<input type="checkbox"/> Brille, seit wann: .....			
<input type="checkbox"/> weitsichtig					
<b>Ohren</b>					
<input type="checkbox"/> Schmerzen links		<input type="checkbox"/> schwerhörig			
<input type="checkbox"/> Schmerzen rechts		<input type="checkbox"/> Ohrengeräusche			
<input type="checkbox"/> Schmerzen beidseitig		<input type="checkbox"/> Ohrendruck			
<input type="checkbox"/> Mittelohrentzündungen					
<b>Zähne / Kiefer</b>					
<input type="checkbox"/> häufige Zahnarztbesuche		<input type="checkbox"/> tote Zähne			
<input type="checkbox"/> Beschwerden bei der Zahnung		<input type="checkbox"/> empfindliche Zähne auf <input type="checkbox"/> heiß <input type="checkbox"/> kalt			
<input type="checkbox"/> erschwerter Durchbruch der Weisheitszähne		<input type="checkbox"/> Wurden bei Ihnen Amalgamfüllungen entfernt?			
<input type="checkbox"/> wurzelbehandelte Zähne		<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein	
Zahnfüllmaterialien:					
<input type="checkbox"/> Amalgam	<input type="checkbox"/> Gold	<input type="checkbox"/> Titan	<input type="checkbox"/> Kunststoff	<input type="checkbox"/> Keramik	<input type="checkbox"/> Palladium
<b>Nase</b>					
<input type="checkbox"/> Operationen		<input type="checkbox"/> behinderte Nasenatmung			
<input type="checkbox"/> Heuschnupfen		<input type="checkbox"/> Nase verstopft			
<input type="checkbox"/> Allergien auf .....		<input type="checkbox"/> Absonderungen: <input type="checkbox"/> wässrig		<input type="checkbox"/> schleimig	
<input type="checkbox"/> häufig Nasennebenhöhlenentzündungen		<input type="checkbox"/> eitrig		<input type="checkbox"/> grünlich	

<b>Mandeln</b>			
<input type="checkbox"/> Operation		<input type="checkbox"/> häufig Mandelentzündungen	<input type="checkbox"/> als Kind <input type="checkbox"/> heute
<b>Schilddrüse</b>			
<input type="checkbox"/> Überfunktion	<input type="checkbox"/> Unterfunktion	<input type="checkbox"/> Vergrößerung	<input type="checkbox"/> Operation
<b>Brust, Bauch, Rücken</b>			
<b>Brustdrüse</b>			
	<input type="checkbox"/> Beschwerden		<input type="checkbox"/> Operationen
<b>Herz</b>			
<input type="checkbox"/> Beschwerden	<input type="checkbox"/> Druckgefühl		<input type="checkbox"/> Beklemmung
<input type="checkbox"/> Stechen	<input type="checkbox"/> Infarkt		<input type="checkbox"/> Rhythmusstörungen
<b>Lunge</b>			
<input type="checkbox"/> Bronchitis	<input type="checkbox"/> häufig Husten		<input type="checkbox"/> Atemnot
			<input type="checkbox"/> Asthma
<b>Leber</b>			
	<input type="checkbox"/> Entzündungen		<input type="checkbox"/> Hepatitis
<b>Galle</b>			
<input type="checkbox"/> Steine	<input type="checkbox"/> Operation		<input type="checkbox"/> Fettunverträglichkeit
<input type="checkbox"/> Koliken	<input type="checkbox"/> Druck im Oberbauch		
<b>Magen</b>			
<input type="checkbox"/> Völlegefühl	<input type="checkbox"/> Gastritis	<input type="checkbox"/> Appetitlosigkeit	<input type="checkbox"/> Sodbrennen
<b>Rücken</b>			
<input type="checkbox"/> Schmerzen	<input type="checkbox"/> Hexenschuss	<input type="checkbox"/> Ischias	<input type="checkbox"/> Skoliose
<b>Niere / Blase</b>			
	<input type="checkbox"/> Nierensteine	<input type="checkbox"/> Entzündungen ; wie häufig? .....	
<b>Harn</b>			
<input type="checkbox"/> viel	<input type="checkbox"/> wenig	<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> kann nicht halten
<b>Darm</b>			
<input type="checkbox"/> Infektionen	<input type="checkbox"/> Hämorrhoiden	<input type="checkbox"/> Blinddarmoperation	<input type="checkbox"/> Blähungen
			<input type="checkbox"/> Reizdarm
<b>Stuhlgang</b>			
<input type="checkbox"/> täglich		<input type="checkbox"/> Neigung zu Verstopfung	
<input type="checkbox"/> jeden 2. Tag		<input type="checkbox"/> Neigung zu Durchfall	
<input type="checkbox"/> unregelmäßig		<input type="checkbox"/> kann Stuhl nicht halten	
		<input type="checkbox"/> Gefühl, nicht fertig zu werden	
Konsistenz des Stuhls			
<input type="checkbox"/> hell	<input type="checkbox"/> übelriechend	<input type="checkbox"/> knollig	<input type="checkbox"/> schmierig
<input type="checkbox"/> dunkel	<input type="checkbox"/> hart	<input type="checkbox"/> weich	
<b>Arme, Beine, Rücken, Haut</b>			
<b>Arme</b>			
<input type="checkbox"/> Schmerzen	<input type="checkbox"/> Kribbeln		<input type="checkbox"/> Tennisellenbogen
<input type="checkbox"/> Verletzungen	<input type="checkbox"/> kalte Hände		<input type="checkbox"/> Karpaltunnelsyndrom
<b>Beine</b>			
<input type="checkbox"/> Schmerzen	<input type="checkbox"/> Operationen		<input type="checkbox"/> kalte Füße
<input type="checkbox"/> Krampfadern	<input type="checkbox"/> Verletzungen		<input type="checkbox"/> Kribbeln
			<input type="checkbox"/> Taubheitsgefühl

<b>Rücken</b>	<input type="checkbox"/> Beweglichkeit	<input type="checkbox"/> Verspannungen	<input type="checkbox"/> Belastungen	<input type="checkbox"/> Rheuma
<b>Haut, Nägel</b>				
<input type="checkbox"/> Verbrennungen	<input type="checkbox"/> Hautjucken	<input type="checkbox"/> eingewachsene Nägel		
<input type="checkbox"/> Narben	<input type="checkbox"/> Warzen	<input type="checkbox"/> Nagelbettentzündungen		
<input type="checkbox"/> Geschwüre	<input type="checkbox"/> Pilze	<input type="checkbox"/> Allergien auf: .....		
<b>Gynäkologischer / Urologischer Bereich</b>				
<b>Gynäkologisch</b>				
Ausfluss:				
<input type="checkbox"/> keinen	<input type="checkbox"/> weiß	<input type="checkbox"/> wund machend		
<input type="checkbox"/> stark	<input type="checkbox"/> gelb	<input type="checkbox"/> färbt die Wäsche		
<input type="checkbox"/> Schmerzen	<input type="checkbox"/> Fehlgeburten	<input type="checkbox"/> Tumore		
<input type="checkbox"/> Eierstockentzündungen	<input type="checkbox"/> Geburten, wie viele? .....	<input type="checkbox"/> Zysten		
<input type="checkbox"/> Ausschabungen	<input type="checkbox"/> Abtreibungen	<input type="checkbox"/> Myome		
<input type="checkbox"/> Geschlechtskrankheiten				
Menses:				
Wann war die erste Menses? .....				
Wann die letzte? .....				
Blutungen sind				
<input type="checkbox"/> hell	<input type="checkbox"/> klumpig	<input type="checkbox"/> regelmäßig		
<input type="checkbox"/> dunkel	<input type="checkbox"/> braun	<input type="checkbox"/> unregelmäßig		
<b>Prostata</b>				
<input type="checkbox"/> vergrößert	<input type="checkbox"/> Beschwerden beim Wasserlassen	<input type="checkbox"/> Geschlechtskrankheiten		
<input type="checkbox"/> Entzündungen				

.....  
(Ort, Datum)

(Unterschrift)