

## Naturheilpraxis Eppendorf

Dr. med. Annette von Hünenbein  
Eppendorfer Baum 21  
20249 Hamburg  
Tel: 040 / 48 48 27  
Fax: 040 / 46 04 566  
info@naturheilpraxis-eppendorfer-baum.de

### Liebe Patientin, lieber Patient,

in der Naturheilkunde ist die gründliche Erhebung des Gesundheitszustandes von großer Bedeutung. Der Behandlungsansatz ist ganzheitlich angelegt, um mögliche Verbindungen und Ursachen für Gesundheitsstörungen zu ergründen.

Daher bin ich auf Ihre aktive Mithilfe angewiesen. Je genauer und umfassender Ihre Informationen sind, umso besser kann ich mich auf Sie vorbereiten.

Bitte drucken Sie den Fragebogen aus und füllen ihn so gut wie möglich aus, kreuzen Zutreffendes an und schicken uns den Fragebogen vor Ihrem Termin rechtzeitig per Fax, per Mail oder auch per Post zu.  
Vielen Dank!

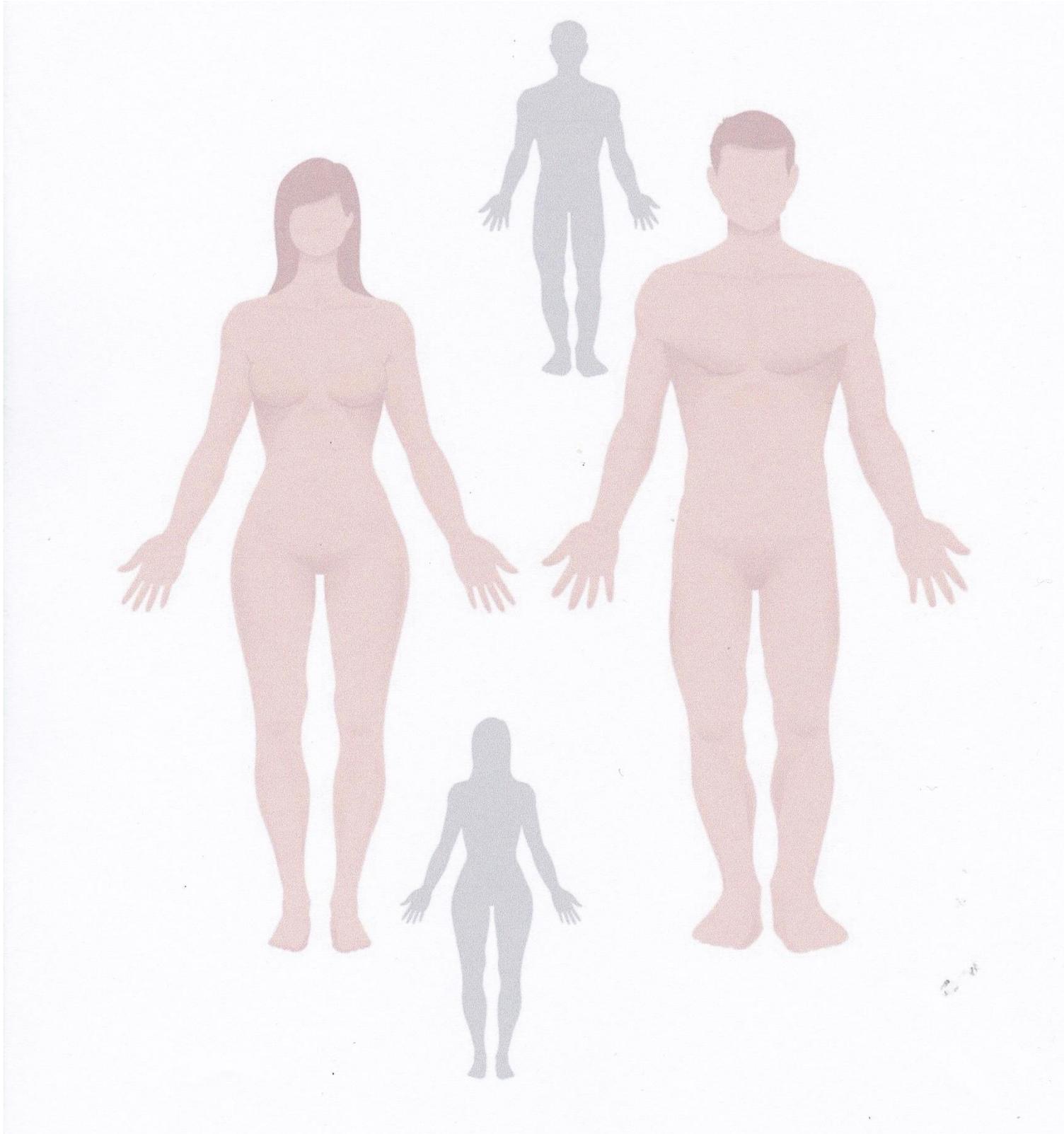
Name		Vorname	
Straße			Nr.
PLZ	Ort		
Mobil		Geburtsdatum	
Telefon privat		Geburtsort	
Telefon geschäftlich		Körpergröße	Gewicht
E-Mail		Versicherung	
Beruf (*freiwillige Angabe)			

### Wie sind Sie auf meine Praxis aufmerksam geworden?

Suchmaschine	Bewertungsportal	Verlinkung über?
Flyer	Persönliche Empfehlung – Über wen?	

An welchen Körperstellen haben Sie Beschwerden?

Bitte intuitiv markieren



**1. Ihre (momentanen) Beschwerden/Diagnosen, weswegen kommen Sie zu uns?**

- 1. \_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_
- 2. \_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_
- 3. \_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_
- 4. \_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_
- 5. \_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_
- 6. \_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_
- 7. \_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_
- 8. \_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_

**2. Gab es einen Auslöser für Ihre Beschwerden?**

Z.B. Erkrankungen, Unfälle, Trauer, Impfung, Medikamente, Zahnbehandlung, Operationen etc.?

---

---

**3 . Welche Medikamente/Nahrungsergänzungen nehmen Sie derzeit ein?**

- 1. \_\_\_\_\_ Dosierung: \_\_\_\_\_
- 2. \_\_\_\_\_ Dosierung: \_\_\_\_\_
- 3. \_\_\_\_\_ Dosierung: \_\_\_\_\_
- 4. \_\_\_\_\_ Dosierung: \_\_\_\_\_
- 5. \_\_\_\_\_ Dosierung: \_\_\_\_\_
- 6. \_\_\_\_\_ Dosierung: \_\_\_\_\_
- 7. \_\_\_\_\_ Dosierung: \_\_\_\_\_
- 8. \_\_\_\_\_ Dosierung: \_\_\_\_\_
- 9. \_\_\_\_\_ Dosierung: \_\_\_\_\_
- 10. \_\_\_\_\_ Dosierung: \_\_\_\_\_

Haben Sie früher häufig folgende Medikamente eingenommen?

- Cortison
- Antibiotika
- längerfristig Schmerzmittel
- Immunsuppressiva

**4 . Welche Behandlungen haben Sie gegen Ihre Beschwerden bereits bekommen und mit welchem Erfolg?**

---

---

---

---

---

---

## 5. Hatten Sie schon Operationen?

- Blinddarm
- Mandeln
- Schilddrüse
- Gallenblase
- Gebärmutter
- Eierstöcke
- Prostata
- Leistenbruch
- Sonstiges \_\_\_\_\_

## 6. Liegen Allergien vor?

- Heuschnupfen
- Frühblüher
- Gräser
- Pollen
- Asthma
- Tierhaare
- Hausstaubmilben
- Penicillin
- Lidocain
- Acetylsalicylsäure (z.B. Aspirin)
- Sonstige Allergien, bitte nennen:  
\_\_\_\_\_

## 7. Liegen Nahrungsmittelunverträglichkeiten vor?

- Laktoseintoleranz
- Fruktoseintoleranz
- Histaminintoleranz
- Nahrungsmittelallergie vom Soforttyp (IgE-vermittelt)
- Zöliakie/Sprue
- Nahrungsmittelallergie vom verzögerten Typ (IgG-vermittelt)
- Folgende Nahrungsmittel vertrage ich schlecht:  
\_\_\_\_\_

Welche Reaktionen haben Sie auf unverträgliche Nahrungsmittel?  
\_\_\_\_\_

## 8. Wie ist ihre Verdauung- Magen/Darm?

- Völlegefühl n. d. Essen
- Übelkeit n. d. Essen
- Blähbauch
- Sodbrennen
- Vermehrt Aufstoßen
- Appetitlosigkeit
- abgehende Winde übelriechend
- abgehende Winde geruchsneutral
- Verstopfung
- Tendenz zu weichen Stühlen
- Durchfall
- Wechsel von Durchfall und Verstopfung
- Gastritis
- Magengeschwür
- Hämorrhoiden
- Stuhlgang täglich
- Stuhlgang alle 2-3 Tage
- Sonstiges \_\_\_\_\_

## 9. Sind Sie infektanfällig? Haben Sie chronische Entzündungen?

- grippale Infekte \_\_\_\_\_x / Jahr
- NNH/Sinusitis \_\_\_\_\_x / Jahr
- Mittelohrentzündung \_\_\_\_\_x / Jahr
- Angina \_\_\_\_\_x / Jahr
- Harnwegsinfekte \_\_\_\_\_x / Jahr
- Antibiotika** \_\_\_\_\_x / Jahr
- Sonstige (z.B. Hepatitis, Epstein Barr, Zähne) \_\_\_\_\_



Weisheitszähne vorhanden?  ja  nein

Wann erfolgte die letzte Zahnbehandlung? \_\_\_\_\_

Wie viele Zahnbehandlungen hatten Sie in den letzten Monaten/Jahren? \_\_\_\_\_

### 13. Impfungen?

- Polio  Diphtherie  Tetanus  Keuchhusten  Hepatitis A
- Hepatitis B  Masern  Mumps  Röteln
- Grippe jährlich?  ja  nein
- Zecken/FSME  Weiß ich nicht  kein Impfausweis vorhanden

### 14. Hatten Sie folgende Kinderkrankheiten?

- Masern  Röteln  Windpocken  Mumps  Scharlach

### 15. Welche Vorerkrankungen sind bei Ihnen bekannt?

- Bluthochdruck  Diabetes  Fettstoffwechselstörung
  - Magenerkrankung  Tumorerkrankung  Nierenerkrankung
  - Hautkrankheit  Rheuma  Asthma
  - Herzerkrankungen  Gicht  Inkontinenz
  - Lebererkrankung  Gallensteine  Schilddrüsenerkrankung
  - Erkrankungen des Nervensystems
  - Psychische Erkrankungen
  - Sonstige Erkrankungen (z.B. Unfälle u.a.) \_\_\_\_\_
- 

### 16. Leiden Sie an folgenden Symptomen?

- |       |  |          |  |          |  |
|-------|--|----------|--|----------|--|
| Kopf: | <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen     | Haut:    | <input type="checkbox"/> Rötungen        | Psyche:  | <input type="checkbox"/> Erschöpfung           |
|       | <input type="checkbox"/> Migräne           |          | <input type="checkbox"/> trocken         |          | <input type="checkbox"/> Gefühlsschwankung     |
|       | <input type="checkbox"/> Schwindel         |          | <input type="checkbox"/> Juckreiz        |          | <input type="checkbox"/> Depression            |
|       | <input type="checkbox"/> Sehstörungen      |          |  |          | <input type="checkbox"/> Hyperaktivität        |
|       |  |          |  |          | <input type="checkbox"/> Aggressionen          |
| Mund: | <input type="checkbox"/> Zunge belegt      | Herz:    | <input type="checkbox"/> Herzstechen     |          | <input type="checkbox"/> Angstzustände         |
|       | <input type="checkbox"/> Zunge geschwollen |          | <input type="checkbox"/> Herzstolpern    |          | <input type="checkbox"/> Konzentrationsstörung |
|       | <input type="checkbox"/> Bläschen          |          | <input type="checkbox"/> Herzrasen       |          | <input type="checkbox"/> Einschlafstörung      |
|       | <input type="checkbox"/> Pickel            |          | <input type="checkbox"/> Beklemmung      |          | <input type="checkbox"/> Durchschlafstörung    |
|       | <input type="checkbox"/> Zahnfleischbluten |          | <input type="checkbox"/> Engegefühl      |          | <input type="checkbox"/> sexuelle Unlust       |
| Hals/ | <input type="checkbox"/> Heiserkeit        | Skelett: | <input type="checkbox"/> Rückenschmerzen | Stoffw.: | <input type="checkbox"/> Übergewicht           |
| Lunge | <input type="checkbox"/> Husten            |          | <input type="checkbox"/> Muskelschmerzen |          | <input type="checkbox"/> Schwitzen nachts      |
|       | <input type="checkbox"/> Kurzatmigkeit     |          | <input type="checkbox"/> Gelenkschmerzen |          | <input type="checkbox"/> Hitzewallungen        |
|       | <input type="checkbox"/> Asthma            |          | <input type="checkbox"/> Taubheitsgefühl |          | <input type="checkbox"/> verstärkt Durst       |
|       | <input type="checkbox"/> Verschleimung     |          | <input type="checkbox"/> Schwellungen    |          | <input type="checkbox"/> verstärkt Hunger      |
|       | <input type="checkbox"/> Halsschmerzen     |          | <input type="checkbox"/> Steifheit       |          | <input type="checkbox"/> Heißhungerattacken    |

## 17. Erkrankungen in der Familie (Mutter/Vater/Geschwister):

- Bluthochdruck     Diabetes     Fettstoffwechselstörung  
 Herzinfarkt     Asthma     Erbkrankheiten  
 Krebs     Sonstige \_\_\_\_\_

## 18. Soziales

Familienstand:    verheiratet     liiert     getrennt     geschieden     verwitwet  
Kinder    Anzahl: \_\_\_\_\_

## 19. Lebensgewohnheiten

Welche Nahrungsmittel essen wie häufig?

	nie	selten	1x pro Tag	mehrmals tgl.
Milchprodukte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weißmehlprodukte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fleisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gemüse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Obst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nüsse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Süßigkeiten/Kuchen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zucker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Essen Sie regelmäßig 3 Mahlzeiten pro Tag?     ja     nein

Essen Sie 5 Portionen Obst und Gemüse pro Tag?    ja     nein

Essen Sie Zwischenmahlzeiten? Wenn ja was und wie oft? \_\_\_\_\_

Leben Sie nach bestimmten Ernährungsrichtlinien? Welche? \_\_\_\_\_

Auf welche Lebensmittel können Sie nur schwer verzichten? \_\_\_\_\_

Wie viel trinken Sie pro Tag? \_\_\_\_\_ Liter

Was trinken Sie vor allem?    Wasser     Kaffee     Tee     Sonstiges \_\_\_\_\_

Alkoholkonsum?    unregelmäßig     regelmäßig    was/wie viel? \_\_\_\_\_

Rauchen Sie?    nein     ja    Anzahl Zigaretten/Tag? \_\_\_\_\_

Treiben Sie regelmäßig Sport?

Muskelaufbau/-kräftigung \_\_\_\_\_ x/Woche     Ausdauer \_\_\_\_\_ x/Woche

Sonstiges \_\_\_\_\_ x/Woche

