



# PATIENTENFRAGEBOGEN

Bitte schicken Sie diesen Fragebogen mindestens 10 Tage vor Ihrer Konsultation an meine Praxis. Füllen Sie den Fragebogen bitte genau und komplett aus: Machen Sie exakte Angaben über die Dauer (seit wann?) und Häufigkeit sowie Intensität Ihrer Beschwerden.

ASSMEDICI  
Angela Schmidt  
Heilpraktikerin  
Am Wiesbrunnen 35  
  
67433 Neustadt-Haardt

**Weitere Kontaktmöglichkeiten:**  
Telefon: 06321 481617  
Mobil: 0160 96767041  
Telefax: 06321 483189  
E-Mail: office@assmedici.de  
Internet: www.assmedici.de

Ihr Termin:

Uhrzeit:

## IHRE ANGABEN:

Name .....	Vorname .....
Geburtsdatum .....	PLZ, Ort .....
Straße, Haus-Nr. ....	Telefon .....
E-Mail .....	Fax .....
Krankenkasse .....	Größe .....m      Gewicht.....kg

## UNSERE FRAGEN:

1. An welcher Krankheit leiden Sie und seit wann?

2. Wo haben Sie Schmerzen, wie oft, wie lange, wie intensiv? (z. B. Kopf-, Gelenk-, Rückenschmerzen)

3. Sind Autoimmunerkrankungen bekannt? Welche?

4. Rauchen Sie?       ja       nein      **Wieviel am Tag?** ca. \_\_\_\_\_ Stück

5. Nehmen Sie ACE-Hemmer?       ja       nein

6. Wie reagieren Sie auf Wärme, Sonne, Sommer?       gut       schlecht

7. Haben/hatten Sie Amalgam- o. Palladium-Zahnfüllungen?  ja       nein      **Wann entfernt?** \_\_\_\_\_  
Wurden Schwermetalle laborkontrolliert ausgeleitet?

8. Welche Impfungen haben Sie erhalten? Falls Impfpass vorhanden, bitte Kopie beifügen.

9. Wie belastbar und leistungsfähig fühlen Sie sich?

10. Werden die Schmerzen durch Bewegung besser oder schlechter? Bitte genau antworten!

11. Vertragen Sie Rohkost?  ja  nein      Verursacht Rohkost Blähungen?  ja  nein

12. Haben Sie Narben?  ja  nein

Wenn ja, wo? \_\_\_\_\_

13. Welche Medikamente, Nahrungsergänzungsmittel oder Homöopathika nehmen Sie ein und seit wann? Wichtig!

Name des Medikamentes, Nahrungsergänzungsmittels oder Homöopathika

Einnahme seit

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

**Achtung:** Medikamente nur nach therapeutischer Rücksprache reduzieren oder absetzen.

14. Tägliche Stuhlgewohnheiten  1 x       2 x       häufiger       seltener       unregelmäßig  
 Welche Konsistenz hat Ihr Stuhl?  wässrig       breiig       geformt       wechselhaft  
 Verstopfung?  ja       nein      Blähungen?  ja       nein

15. Welche Behandlung haben Sie bisher erhalten? Mit welchem Erfolg? Genau bitte!

16. Ist Ihr Wohn- und Schlafplatz geopathisch und auf Elektromog untersucht?

17. Wieviel und was genau trinken Sie täglich? Genau bitte!

Getränk

Liter pro Tag

_____	_____
_____	_____
_____	_____

18. Was und wie viel konsumieren Sie pro Tag? Genau bitte!

Produkt	Ja	Nein	wie viel	wie oft
Zucker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Milchprodukte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Weißmehlprodukte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Eier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Nüsse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Süßigkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Kuchen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Fisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Fleisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____

**19. An was sind Ihre Eltern und andere Verwandte erkrankt?**

Vater \_\_\_\_\_

Mutter \_\_\_\_\_

Oma \_\_\_\_\_

Opa \_\_\_\_\_

Bruder \_\_\_\_\_

Schwester \_\_\_\_\_

**20. Wie viele Stunden schlafen Sie pro Nacht?** \_\_\_\_\_ Std.  
**Sind Sie nach ausgiebigem Schlaf erholt und fühlen sich frisch?**  ja  nein

**21. Wie hoch bewerten Sie Ihre Stress- und seelische Belastung?** (sehr gering) 1 2 3 4 5 (sehr hoch)

**22. Auf welche Lebensmittel könnten Sie schwer verzichten?**

**23. Welche Beschwerden belasten Sie am meisten?**

**24. Sind Sie bereit Ihre Ernährungsgewohnheiten mit unserer Hilfe zu verbessern?**

---

**Zum Abschluss:** Erstgespräch 2 Std. 150,- € zahlbar am Tag der Erstberatung.

---

Sollte der Platz zu den einzelnen Fragen nicht ausreichen, können Sie **weitere Angaben auf einem gesonderten Blatt** machen.  
**Bitte legen Sie Kopien der letzten Blutuntersuchung sowie der neuesten Untersuchungsergebnisse (Befunde) bei.**

Reservierung nur nach telefonischer Absprache. Bitte schicken Sie diesen Fragebogen 10 Tage vor Ihrem Termin zurück.

**Beratung**

Die Erstberatung kostet 150,- Euro. Dauer ca. 2 bis 2,5 Stunden.

Sollten Sie einen kurzfristigen Termin vereinbart haben, so bringen Sie diesen Fragebogen bitte mit in die Praxis.

**Bitte mitbringen:**

**Bitte bleiben Sie nüchtern vor dem Abfüllen der Urinprobe.**

Bitte bringen Sie 1 Urinprobe mit: 1. Morgenurin.

Verschleißbare Behälter bekommen Sie aus der Apotheke.

Bitte in Alufolie einpacken.

**Danach dürfen Sie frühstücken.**