

Damit ich mir bereits vorher um Sie kümmern können bitte diesen Fragebogen vollständig ausfüllen, unterschreiben, Kopien ärztlicher Berichte oder Laborwerte beilegen (falls vorhanden) und spätestens zwei Tage vor Ihrer Behandlung zusammen mit dem Fragebogen per Post/Email senden an: [huangxiaoman2004@gmail.com](mailto:huangxiaoman2004@gmail.com)

**Naturheilpraxis Huang für TCM**

Wilhelmstr.162 , Gebäude 44 72805 Lichtenstein  
 Enzian Höfe 2, 2.OG 72555 Metzingen

**Patientenfragebogen**

..... Name, Vorname	..... Geburtsdatum	..... Telefon /Mobil
..... Adresse	..... PLZ, Ort	..... Email

**Haben Sie schon einen Termin bei mir?**

O.....Nein      O.....Ja,      und zwar am .....

**Gesetzlich versichert?**    O...Ja    O...Nein

mit Zusatzversicherung Heilpraktiker?    O...Ja    O...Nein

Falls ja, welche Versicherungsgesellschaft genau?.....

**Privat versichert?**    O...Ja    O...Nein    Welche Versicherung genau?.....

**Beihilfe versichert?**    O...Ja    O...Nein    Welche Versicherung genau?.....

**Terminabsage**

Falls Sie Ihren Termin nicht wahrnehmen können bitte ich Sie diesen abzusagen (**vor 48h**).  
 Bei nicht rechtzeitiger Absage muss ich Ihnen die Behandlungskosten in Rechnung stellen.

**Gesetzlich Krankenversichert**

Bitte zahlen Sie die Behandlungskosten immer **in bar oder Überweisungen** .

**Privat Krankenversichert**

Auch wenn Sie privat krankenversichert sind zahlen Sie bitte die Behandlung **in bar oder Überweisungen** .Falls Sie eine Rechnung nach GebüH für Ihre private Krankenversicherung benötigen sagen Sie mir dies bitte bei der ersten Behandlung. **Sie erhalten nach Abschluss der Behandlung eine Rechnung nach GebüH auf der ich Ihnen die Zahlung selbstverständlich quittieren.**

Datum.....Unterschrift.....

.....  
 Ihr jetziges Körpergewicht      Ihre Körpergröße      Rauchen Sie?

.....  
 Trinken Sie Alkohol?      Wie viel und wie oft?

.....  
 Nehmen Sie Süßstoff zu sich?      Leben Sie nach bestimmten Ernährungsrichtlinien?

1. Was ist Ihr Wunsch an mir?

.....  
 .....

2. Bitte beschreiben Sie gründlich Ihre derzeitigen Beschwerden. Bitte schildern Sie vorwiegend Symptome, nicht bereits durch Dritte Personen gestellte Diagnosen. Bitte auch die Medikamente auflisten, die Sie einnehmen.

.....  
 .....

3. Was war unmittelbar vor dem ersten Auftreten Ihrer jetzigen Beschwerden? (Erkrankung, Trauer, Kummer, Medikamente, Operation, anderes?)

.....

4. Welche erblichen Belastungen haben Sie, an welchen Krankheiten leiden oder litten Ihre Eltern?

.....

5. Welche Krankheiten incl. Kinderkrankheiten (in zeitlicher Reihenfolge) haben Sie schon erlebt?

Krankheit	Jahr
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....

6. Welche medizinischen Therapien/Behandlungen haben Sie bisher erhalten? Welche Medikamente wurden Ihnen verordnet/haben Sie eingenommen (vor allem auch Antibiotika/Cortison)?

.....

.....

.....

.....

7. Waren Sie schon mal beim Heilpraktiker? Welche Medikamente und Therapien haben Sie dort erhalten?

.....

.....

.....

8. Wann wurde das letzte Mal Blut von Ihnen untersucht? Wenn möglich die Ergebnisse mitschicken.

.....

9. Welche Operationen wurden an Ihnen durchgeführt (auch Blinddarm und Mandeln)? Wann?

.....

10. Sind Ihnen schon Unfälle zugestoßen? Welche?

.....  
.....

11. Sind Sie geimpft worden? Kopien von Impfungsprotokoll (falls vorhanden)

.....  
.....  
.....

12. Gab es Reaktionen auf diese Impfungen?

.....  
.....

13. Neigen Sie zu Erkältungskrankheiten oder Grippe? Wie wurden Sie behandelt?

.....  
.....

14. Wann litten Sie zum letzten Mal an einer fieberhaften Temperaturerhöhung? Wie hoch? Wie lange?

.....  
.....

15. Neigen Sie zu entzündlichen oder eitrigen Zahnerkrankungen, Zysten, Fisteln oder Wurzelspitzenproblemen?

.....  
.....

16. Haben Sie zur Zeit Beschwerden an den Zähnen oder im Mundbereich?  
Falls ja, bitte genau beschreiben

.....  
.....

17. Haben Sie öfters Kopfschmerzen oder Migräne? Wie oft?

.....  
.....

18. Leiden Sie an Hautproblemen? Welche? Seit wann?

.....

19. Leiden Sie an Allergien? Unverträglichkeiten? (z.B. Pollen, Nahrungsmittel, Tierhaare, örtliche Betäubungsmittel, Bienengiftallergie, Penicillin, andere?)

.....

20. Würden Sie Ihr privates Umfeld als harmonisch bezeichnen oder gibt es Stressfaktoren?

.....

21. Würden Sie Ihr berufliches Umfeld als harmonisch bezeichnen oder gibt es Stressfaktoren?

.....

22. Wie viele Liter und was trinken Sie am Tag?

.....

23. Mögen Sie gerne Süßes? Wie oft am Tag und was?

.....

24. Welche Nahrungsmittel mögen Sie besonders gerne?

.....

25. Hatten Sie irgendwann einen Zeckenbiss?

0.....Nein      0.....Ja, und zwar im Jahre .....

Falls ja, wie wurden Sie behandelt?.....

.....

26. Wachen Sie nachts häufig auf? Zu bestimmten Uhrzeiten? Können Sie dann länger nicht einschlafen?

.....

27. Fühlen Sie sich außergewöhnlich müde und schwach?

.....

28. Zu welcher Tages- oder Nachtzeit verschlimmern sich Ihre Beschwerden?

.....

29. Zu welcher Tageszeit sind Sie besonders müde?

.....

30. Fühlen Sie sich außergewöhnlich kalt oder warm?

.....

31. Schwitzen Sie oft? Wenn ja, tags oder nachts?

.....

32. Haben Sie Blasenbeschwerden?

.....

33. Haben Sie Vaginalprobleme?

.....

34. Habens Sie Ihre Mandeln noch?

.....

35. Hatten Sie als Kind häufig Mandelentzündung?

.....

36. Wie häufig haben Sie Stuhlgang?

.....

37. Sind Form und Farbe des Stuhlgangs verändert?

.....

38. Habens Sie Schilddrüsenprobleme? Nehmen Sie hierfür Medikamente?

.....

39. Waren Sie auf Reisen oder auch länger im Ausland? Wo? Wann?

.....

40. Kommen Sie zu Hause oder auf der Arbeit in Kontakt mit schädlichen Materialien? z.B. Holzverkleidungen, die mit Holzschutzmitteln behandelt wurden, Quecksilber, Kuofer oder anderen Schwermetallen?

.....

.....

41. Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit ein und wogegen?

Medikamentenname:

Gegen:

.....

.....

.....

.....

42. Benutzen Sie regelmäßig Nasenspray?

0.....Nein 0.....Ja: wie oft am Tag.....

43. Wie oft pro Woche bewegen Sie sich ausgiebig Sport, intensive Spaziergänge)?

.....

44. Nehmen Sie Abführmittel ? Wie oft? Welche?

.....

45. Haben Sie Potentstörung oder Vergeblicher Kinderwunsch?

.....

46. Haben Sie Beschwerden bei Monatsregel?

.....

47. Haben Sie Psysische Beschwerden? Waren Sie bei Psyscho Therapeuter? Nehmen Sie Medikament dafür?

.....

.....

48. Sonstige

.....

.....

.....