

**Fragebogen für das Erstgespräch vor der 1. Behandlung ( Heilpraktikerpraxis Barth)**

**(Formular zum Download, bitte gewissenhaft ausfüllen und zum 1.Termin mitnehmen)**

Name:

Vorname:

Geb. – Datum:

Adresse:

Tel./Handy:

Familienstand:

Beruf:

Größe:

Gewicht:

**1. Wegen *welchen Beschwerden* wünschen Sie eine Behandlung?**

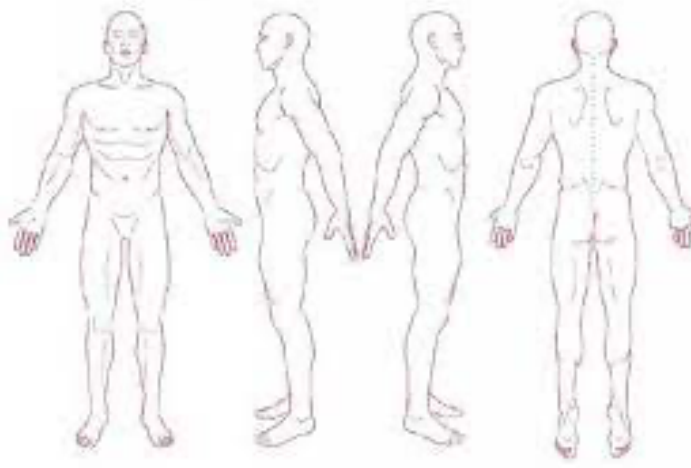
Schmerzen  andere Beschwerden

1a. Falls andere Beschwerden, bitte hier genau beschreiben:

(weiter unter Punkt 5)

1b. Falls Schmerzen:

2. **Wo** ist der Hauptschmerz? Kopf/Gesicht  Wirbesäule: HWS  BWS  LWS   
Gelenke: Schulter  Ellenbogen / Hand  Hüfte  Knie  Fuß



3. **Wie stark** würden Sie **Ihre Schmerzen** durchschnittlich einschätzen(Skala 0-10)?



Kein Schmerz 0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10(max.)



4. **Wie fühlt sich Ihr Schmerz an?**

ziehend

stechend

bohrend

krampfartig

kribbelnd

elektrisierend

brennend

einschießend

5a. **Was verstärkt Ihre Beschwerden?**

5b. **Was verbessert Ihre Beschwerden?**

**6. Seit wann bestehen die Beschwerden/Schmerzen?**

**7. Welche Diagnostik wurde bisher durchgeführt (bei welchem Facharzt?, wann...?)?**

**8. Welche Diagnose(n) wurde(n) gestellt?**

**9. Welche chronischen Erkrankungen bestehen bei Ihnen?**

Herzprobleme  Bluthochdruck  Lungenerkrankungen  Diabetes   
 Nierenerkrankungen  Rheuma  bösartige Erkrankungen

**10. Wie wurde bisher behandelt (Medikamente, Physiotherapie, Spritzen, OP's...)?**

**11. Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig bzw. derzeit ein?**

Medikamentenname (z.B. ASS):                      Dosierung (z.B. 1-0-0):

**12. Bestehen bei Ihnen Unverträglichkeiten/Allergien? Wenn ja, welche?**

ja     nein     Welche?

**13. Fragen zu allgemeinen Lebensgewohnheiten:**

a. Ernähren Sie sich weitgehend gesund?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
b. Bewegen Sie sich regelmäßig / treiben Sie Sport?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
c. Rauchen Sie oder trinken sie regelmäßig Alkohol?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
d. Nehmen Sie Genussmittel / Drogen zu sich?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>

<b>14. Leiden Sie:</b> - unter Einschlafstörungen	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
- unter Durchschlafstörungen	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
- unter Obstipation/Verdauungsstörungen	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
- unter mehrmaligem nächtlichen Wasserlassen	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>

**15. Hatten Sie schon einmal eine Akupunktur bzw. Faszienbehandlung?** ja     nein

Falls ja, wann, bei wem (Arzt, Heilpraktiker..) und für welche Beschwerden?

**16. Hat Ihnen die dortige Behandlung geholfen?** ja     nein

**17. Was wäre für Sie ein realistisches Behandlungsziel?**

Datum:

Unterschrift: