

Heilpraxis Wolfgang Runge

Kaulbachstr. 10a, 12247 Berlin

Tel.: 030-2923194 – Email: praxis@w-runge.de

Fragebogen

Name: _____ Geburtstag: _____
Vorname: _____ Tel. privat: _____
Strasse/Nr.: _____ Tel. gesch.: _____
PLZ – Ort: _____ FAX: _____
Hausarzt: _____ E-Mail: _____

Über wen kommen Sie zu uns? _____

Versicherung: Gesetzlich (AOK, DAK, usw.)
 Beihilfe
 Private Zusatzversicherung - wenn ja, welche? _____

Beruf / Schulklasse: _____

Bei Kindern: Name des Rechnungsempfängers: _____

Anleitung:

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen genau aus. Bei den Beispielen genügt es zu unterstreichen, sofern diese zutreffen; ansonsten mit eigenen Worten beantworten. Bitte nehmen Sie sich genügend Zeit.

Wichtig !!!

Bitte schreiben Sie hinter jedes Symptom eine Nummer von 1 bis 10 (1 = sehr gering, 10 = extrem stark) und in welchem Jahr es zum ersten Mal aufgetreten ist, z.B.: Kopfschmerzen 7 (1994).

**Unter welchen Beschwerden leiden Sie? (die 3 Hauptbeschwerden)
Wie lauten die schulmedizinischen Diagnosen?**

1.

2.

3.

Bitte bringen Sie den Impfausweis und Medikamente mit, die eingenommen werden (am besten die jeweilige Tagesdosis). Die Panoramaaufnahme des Kiefers vorher per Email.

Was war kurz vor dem ersten Auftreten Ihrer jetzigen Beschwerden (vielleicht der Auslöser)?

z.B. eine Erkrankung, Kummer, Trauer, Schreck, Operation, Hautausschläge, Medikamente, usw.

Welche Krankheiten sind Ihnen in Ihrer Familie bekannt? (Großeltern, Eltern, Geschwister)

z.B. Krebs, Tuberkulose, Depressionen, Geschlechtskrankheiten, Selbstmord, Epilepsie, Herzkrankheiten, Gefäßkrankheiten, Schlaganfall, Asthma, Zuckerkrankheit, Rheumatismus, Nierensteine, Gallensteine, Multiple Sklerose, Gicht, Allergien, Schuppenflechte, Neurodermitis, usw.

Welche Impfungen haben Sie bekommen? Bitte Impfausweis mitbringen.

z.B. Tuberkulose (BCG), Polio (Kinderlähmung), Diphtherie, Tetanus, Haemophilus influenzae (HIB), Keuchhusten, Masern, Mumps, Röteln, Hepatitis, Cholera, Gelbfieber, Pocken, Grippe, Zecken, SARS-CoV-2, usw.

Gab es Reaktionen auf Impfungen? Wenn ja, welche?

z.B. Fieber, Krämpfe, Unruhe, Schlaflosigkeit, Verhaltensveränderungen, usw.

Welche Infektionskrankheiten haben Sie durchgemacht?

Masern, Mumps, Röteln, Keuchhusten, Windpocken, Scharlach, Tetanus, Kinderlähmung (Polio), Malaria, Salmonellose, Ruhr, Pfeiffer'sches Drüsenfieber, Gonorrhö (Tripper), Syphilis, Tropenkrankheiten, Tuberkulose, usw.

Wurden diese oder andere Erkrankungen schon einmal mit Antibiotika / Kortison behandelt?

Falls ja, welche wurden eingesetzt?

KOPF

Leiden Sie unter Kopfschmerzen?

falls ja, eher selten oder häufig? Wie oft?

Stirn – Augen – Schläfen – Hinterhauptregion / morgens - abends

halbseitig – links – rechts – doppelseitig

Auslöser der Kopfschmerzen:

Was verbessert:

Was verschlechtert:

Haare: Haarausfall, kreisrunder; Schuppen, seit wann

Augen: Bindehautentzündung, Grauer Star, kurzsichtig, weitsichtig, Makuladegeneration etc.

Ohren: links, rechts, beidseitig – Mittelohrentzündung, Schwerhörigkeit, Schmerzen, Geräusche

Zähne/Kiefer: - bitte Zutreffendes ankreuzen:

Beschwerden bei der Zahnung	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	
Weisheitszähne gezogen	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	welche?
Gibt es wurzelbehandelte Zähne	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	welche?
Zahnfleischblutung	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	
Gibt es tote Zähne	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	welche?
Empfindliche Zähne auf heiß/kalt	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	welche?
Wurden bei Ihnen Amalgamfüllungen entfernt?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	wann?
Wurde eine Amalgamausleitung durchgeführt?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	
Womit wurde ausgeleitet?			

Zahnfüllmaterialien aktuell:

Amalgam Gold Kunststoff Keramik Implantate

Nase: Operationen, Heuschnupfen, Allergien auf:

Mandeln: Operation, häufig Mandelentzündungen als Kind / heute, Halsschmerzen, Mundgeruch

Schilddrüse: Überfunktion, Unterfunktion, Vergrößerung, Operation

BRUST / BAUCH:

- Brustdrüse:** Beschwerden, Operation, Knoten, Zysten
- Herz:** Beschwerden, Stechen, Druckgefühl, Infarkt, Beklemmung, Rhythmusstörungen, Bypass
- Blutdruck:** Wann zuletzt gemessen? Ergebnis:
- Lunge:** Bronchitis, häufig Husten, Auswurf, Lungenentzündung
- Leber:** Entzündung – Hepatitis, Alkohol wird schlechter vertragen als früher
- Galle:** Steine, Koliken, Operationen, Druck im Oberbauch, Fettunverträglichkeit
- Magen:** Völlegefühl, Gastritis, Appetitlosigkeit, Nahrungsmittelallergien, Sodbrennen
- Darm:** Infektionen, Pilze, Hämorrhoiden, Blinddarmoperation, Blähungen: ja / nein
- Stuhlgang:** täglich, ca. jeden 2./3./4. Tag, unregelmäßig
übelriechend, riecht nach
Neigung zur Verstopfung, Neigung zum Durchfall
Stuhl hell, dunkel, hart, knollig, weich, schmierig, pastenartig
Gefühl, nicht fertig zu werden, Stuhlgang wechselhaft usw., brauche viel Papier / Toilettenbürste
- Niere / Blase:** Nierensteine, Entzündungen – häufig, stechen im Rücken – rechts/links
- Harn:** viel, wenig, häufig, kann nicht halten, schaumig, Geruch nach

ARME / BEINE / RÜCKEN / HAUT

- Arme:** Verletzungen, Schmerzen, Tennisellenbogen, Kribbeln, kalte Hände, usw.
- Beine:** Verletzungen, Schmerzen, Krampfadern, Operationen, Verletzungen, kalte Füße, Kribbeln, Taubheitsgefühl, offene Wunden
- Rücken:** Verspannungen, Rheuma, Schmerzen HWS / BWS / LWS, Hexenschuss, Ischias, Skoliose
- Haut / Nägel:** Geschwüre, Hautjucken, Warzen, Pilze, Nagelbettentzündungen, Ekzeme
Hautallergien auf (Creme etc.):

♀ **BEREICH**

- Gynäkolog.:** Ausfluss – keinen, stark, weiß, gelb, wundmachend, färbt die Wäsche, Schmerzen, Eierstockentzündungen, Ausschabungen, Fehlgeburten, Geburten – Jahreszahl:
Abtreibungen, Tumore, Zysten, Myome, Pilze, Geschlechtskrankheiten, usw.
- Menses:** Wann war die erste Menses: wann die letzte:
Blutungen sind hell, dunkel, klumpig, braun:
Regelblutung ist stark, schwach dauert lange:
Abstand der Regelblutungen:
Beschwerden vor – nach – während der Regel – welche?
Zwischenblutungen:
Klimakterische Beschwerden:
Nehmen Sie Verhütungsmittel? Welche: seit wann?
Wann war Ihr letzter Frauenarzttermin?

♂ **BEREICH**

Prostata: Vergrößert, Entzündungen gehabt, aktuell, Beschwerden beim Wasserlassen
Wann war Ihr letzter Krebsvorsorgetermin?

ALLGEMEINES

Wo haben Sie Narben? Wichtig! Mit Jahreszahl der Entstehung eintragen (auch kleine Narben)

Schlaf: Schlaflosigkeit, häufiges nächtl. Erwachen (Uhrzeit: Uhr),
Schwierigkeiten beim Einschlafen, Sprechen im Schlaf, Unruhe in den Beinen, Nachtschweiß, heiße Füße, Zähneknirschen

Träume: schrecklich, schön, gegen Morgen, nachdenklich, realitätsnah

Sportarten: wie häufig?

Ernährung: Verlangen nach süß, sauer, pikant, salzig, Fleisch, Eier, Obst Nikotin, Alkohol
Abneigung gegen süß, sauer, pikant, salzig, Fleisch, Alkohol
Allergien auf

Leben Sie nach bestimmten Ernährungsrichtlinien? (vegetarisch, etc.)

Nein / falls ja, welche?

Rauchen: ja / nein wie viele

Alkohol: wie häufig? was?

Trinken: wie viel Wasser, Tee trinken Sie pro Tag? Liter

Häuslicher Bereich: Welche elektrischen Geräte befinden sich im Schlafbereich?

Verwenden Sie DECT Telefone?

Haben oder hatten Sie berufl. oder privat Belastungen durch Lösungsmittel, Chemikalien, Schwermetalle?

Welche?

Welche Therapien wurden bei Ihnen schon ausprobiert (auch biologisch z.B. Sauerstoff, Ozon, Infusionen, Spritzen, Medikamente)?

Wie beurteilen Sie Ihren Fitnesszustand zurzeit? (1=sehr gut, 10=sehr schlecht)

Wie beurteilen Sie Ihre derzeitige seelische Verfassung? (1 bis 10)

Was wissen Sie über Ihre Blutwerte?

Chronologie der Krankengeschichte (evtl. die Rückseite benutzen)

Bitte erfassen Sie alle bisherigen Erkrankungen und Operationen, die Sie durchgemacht haben.