



**MANUELA SCHMIDT**  
HEILPRAKTIKERIN • PHYSIOTHERAPEUTIN

# PRAXIS FÜR NATURHEILKUNDE

*RAUM UND ZEIT FÜR GESUNDHEIT*

## PATIENTENFRAGEBOGEN

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ geb. \_\_\_\_.

Straße/ Nr. \_\_\_\_\_ PLZ / Ort \_\_\_\_\_

Telefon privat \_\_\_\_\_ geschäftlich \_\_\_\_\_

Mobiltelefon \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

Krankenversicherung \_\_\_\_\_ Beihilfe Ja  Nein

Selbstzahler Ja  Nein  Zusatzversicherung für Heilpraktiker Ja  Nein

Wie sind Sie auf meine Praxis aufmerksam geworden?  
Empfehlung  Internet  Telefonbuch  Sonstiges \_\_\_\_\_

Beruf / derzeit ausgeübte Tätigkeit  
\_\_\_\_\_

Besonderheiten zur Arbeitssituation  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Wie hoch beurteilen Sie Ihr Stresslevel beruflich/privat  
auf einer Skala von 1-10, wenn 1 ein sehr niedriges Level bedeutet und 10 das Maximum ist?

Privat  Beruflich

Familiensituation zum Haushalt gehörend  
Lebenspartner  Kinder  Haustiere

Hauptbeschwerden *was, wie, wo, wann, seit wann tut etwas weh oder macht Ihnen Probleme*

Nebenbeschwerden *weitere Einschränkungen*  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Krankengeschichte *frühere und/oder chronische Erkrankungen*  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Hausarzt \_\_\_\_\_

Fachärzte \_\_\_\_\_





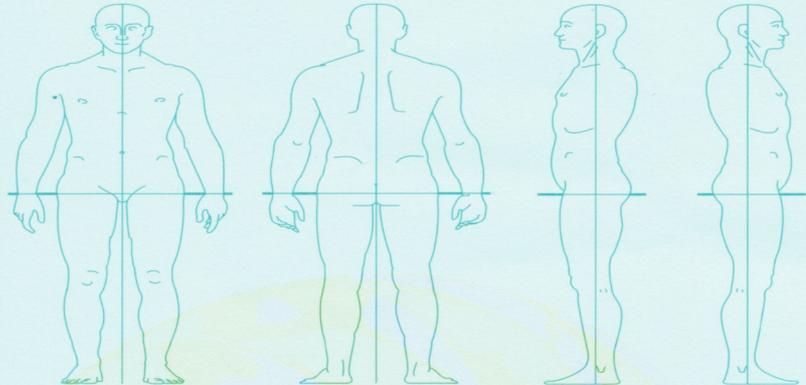
**MANUELA SCHMIDT**  
HEILPRAKTIKERIN • PHYSIOTHERAPEUTIN

# PRAXIS FÜR NATURHEILKUNDE

*RAUM UND ZEIT FÜR GESUNDHEIT*

## PATIENTENFRAGEBOGEN

Zeichnen Sie  
bitte selbst in  
folgendem  
Schema ein wo sich  
das Problem befindet



Alkohol / Nikotin / andere Drogen *was und wie viel nehmen Sie täglich zu sich*

Tägliche Trinkmenge *Wasser, Kaffee, Tee, Säfte...*

Ernährungsgewohnheiten *Mischkost, vegetarisch, vegan, naschen...*

Sport und Hobbys

Schlaf *regelmäßige Stundenzahl, Einschlafen, Durchschlafen, Albträume, Nachtschweiß...*

Magen-Darm-Trakt *Appetit, Heißhunger, Abneigungen, Sodbrennen, Reflux...*

Verdauung *wie oft, Durchfall, Verstopfung, Blähungen, Unverträglichkeiten...*

Gewicht \_\_\_\_\_ kg Veränderungen in der letzten Zeit \_\_\_\_\_

Andere, derzeit stattfindende oder vorausgegangene Therapien

Ihre Wünsche in Bezug auf die Konsultation in meiner Praxis  
*Was kann ich für Sie tun, wobei kann ich Ihnen helfen?*