

**NATURHEILZENTRUM CHEMNITZ**  
Händelstraße 5  
09120 Chemnitz  
Telefon:0371-2822099

Wir freuen uns, dass Sie sich bei uns angemeldet haben. Um Sie während Ihrer Zeit bei uns gut betreuen und eventuelle Risiken ausschalten zu können, bitten wir Sie im Vorwege einige Fragen zu ihrer Gesundheit zu beantworten.  
Die Fragen berücksichtigen allgemein-, familien-, sozial- und Umwelt-medizinische sowie psychologische Aspekte.

Ihre Angaben sind selbstverständlich vertraulich und unterliegen dem Datenschutz sowie der ärztlichen Schweigepflicht.

## Fragebogen Neupatienten

**Name, Vorname:** \_\_\_\_\_  
**Anschrift:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
**Telefon/ Mobiltelefon:** \_\_\_\_\_  
**E-Mail:** \_\_\_\_\_  
**Geburtsdatum:** \_\_\_\_\_  
**Erlerner Beruf:** \_\_\_\_\_  
**Ausgeübte Tätigkeit:** \_\_\_\_\_

Bitte lesen Sie die Fragen sorgfältig durch, kreuzen Sie die zutreffenden Antworten an und füllen ggf. die Freitextfelder aus.

**Private Krankenkasse:**  ja  nein  
**Private Zusatzversicherung :**  ja  nein

## Aktuelle Beschwerden

**Welche aktuellen Beschwerden haben Sie zum Besuch der Praxis veranlasst?**  
*Ordnen Sie die Beschwerden nach Ihrer Wichtigkeit!*

---

---

---

---

**Wo genau spüren Sie die Beschwerden? Strahlen sie aus? Wohin?**

---

---

---

---

**Welche Behandlungen haben Sie gegen die Beschwerden bereits unternommen?**

---

---

---

---

**Wie wurden Sie auf meine Praxis aufmerksam?**

---

**Welche PHARMAZEUTISCHEN Medikamente nehmen Sie zur Zeit ein?**

---

---

---

---

---

---

---

---

## **Krankheitsgeschichte**

### **Chronologische Krankengeschichte**

*Bitte erfassen Sie alle bisherigen Erkrankungen und Operationen.*

---

---

---

Haben Sie Narben?

ja  nein

Wo?:

---

---

## **Impfungen**

Wussten Sie, dass viele Impfstoffe Aluminium, Quecksilber, Antibiotika, in Krebszellen gezüchtete Stoffe, Spuren von Hühnereiweiß und Formaldehyd enthalten?

ja  nein

**Welche Impfungen haben Sie bekommen?**

- |                                   |                                   |   |                                  |
|-----------------------------------|-----------------------------------|---|----------------------------------|
| <input type="radio"/> Tuberkulose | <input type="radio"/> Röteln      | <input type="radio"/> Polio (Kinderlähmung) | <input type="radio"/> Diphtherie |
| <input type="radio"/> Tetanus     | <input type="radio"/> Hepatitis   | <input type="radio"/> Gelbfieber            | <input type="radio"/> HIB        |
| <input type="radio"/> Pocken      | <input type="radio"/> Keuchhusten | <input type="radio"/> Grippe                | <input type="radio"/> Mumps      |

- Masern
- FSME (Zecken)
- HPV (Gebärmutterhals)

### Gab es Reaktionen auf Impfungen?

- Verhaltensänderungen
- Fieber
- Krämpfe
- Unruhe
- Schlaflosigkeit
- Hautausschläge
- neurolog. Ausfälle

Haben Sie sich bereits mit impfkritischer Literatur beschäftigt?  ja  nein

### Lebensführung

**0 = niemals / selten**

**1 = manchmal / leicht**

**2 = mittleres Maß an Intensität und Häufigkeit**

**3 = intensiv / ernsthaft oder sehr häufig**

	0	1	2	3
Gibt es in Ihrem Leben lange Stressphasen, die sich negativ auf die Gesundheit und das Wohlbefinden ausgewirkt haben?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben Sie sich bis an den Rand der Erschöpfung gebracht?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Arbeiten Sie zu viel, ohne sich genügend Zeit zum Entspannen zu nehmen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Treiben Sie regelmäßig Sport?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Unternehmen Sie häufige Flug-, ICE- und/ oder Autobahnreisen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Halten Sie sich in der freien Natur auf?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
E-Mail-Check in der Woche (und am Wochenende)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Treffen Sie regelmäßig bzw. pflegen sie ihren Freundeskreis?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Verbringen Sie Zeit mit ihrer Familie?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gehen Sie ins Bett nach Mitternacht?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nutzen Sie Medien (TV, Internet, Smartphone, Zeitung, PC- Spiele) in der Freizeit?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Unzufriedenheit mit dem Arbeitsplatz?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Unzufriedenheit mit der Wohnung (z.B. Lärm, zu kleine Wohnung, schlechte Lage...)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Finanzielle Sorgen und Druck?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Wie viele Kinder haben Sie? \_\_\_\_\_

### Spezifische Symptome:

- Benommenheit, unüberwindlicher Drang zu liegen, zu sitzen, Gefühl des „Neben-sich-stehens“
- Desorientiertheit, Verirren, sich verlaufen, an falsche Orte gehen
- Aufmerksamkeitsstörungen, Leseschwierigkeiten, Denkblockaden
- Verwirrtheit, Denkschwierigkeiten
- Probleme, neue Informationen aufzunehmen
- Psychose, Halluzinationen, Wahnvorstellungen, Paranoia, Bipolare Störung
- Schwindel, Gleichgewichts-, Gangstörungen, Schwanken, Gefühl zu kippen,
- Höhenangst
- Sprachfehler, Versprecher, falsche Wörter, falsche Aussprache, Sprech- und Schreibschwierigkeiten, Buchstaben oder Ziffern vertauschen
- Wort- und Namensfindungsstörungen
- Vergesslichkeit, schlechtes Kurzzeitgedächtnis

## Ernährung

Wie viel trinken Sie täglich? \_\_\_\_\_ Liter

Was trinken Sie täglich?

---

Essen Sie regelmäßig?  ja  nein

Wie viele Mahlzeiten nehmen Sie täglich zu sich ein? \_\_\_\_\_

Sind Sie daran interessiert, Ihre Ernährungsgewohnheiten mit unserer Hilfe zu verbessern?  
 ja  nein

Welche dieser Nahrungsmittel nehmen Sie häufig zu sich?

- |   |                                    |   |
|---|------------------------------------|---|
| <input type="radio"/> Milchprodukte       | <input type="radio"/> Süßigkeiten  | <input type="radio"/> Weißmehlprodukte (Brot, Pasta)  |
| <input type="radio"/> Eier                | <input type="radio"/> Softgetränke | <input type="radio"/> Kuchen                          |
| <input type="radio"/> Weißer Zucker       | <input type="radio"/> Alkohol      | <input type="radio"/> Fastfood                        |
| <input type="radio"/> Süßstoff (Aspartam) |                                    | <input type="radio"/> Geschmacksverstärker (Glutamat) |

Auf welche Lebensmittel können Sie nur schwer verzichten?

---

Nahrungsmittel-Allergien auf:

---

Leben Sie nach bestimmten Ernährungsrichtlinien?

---

Welche Speisen oder Getränke mögen Sie überhaupt nicht?

---

Würden Sie etwas gerne essen oder trinken, vertragen es aber nicht?

---

Nehmen Sie gern viel Zucker? Oder meiden Sie Süßes völlig?

---

Essen Sie auffallend weniger oder mehr und lieber Fett?

---

Haben Sie viel oder wenig Durst? Auf warme oder kalte Getränke?

---

## Gesamt-Status

Körpergröße (cm): \_\_\_\_\_ Körpergewicht (kg): \_\_\_\_\_

Blutdruck: \_\_\_\_\_  Waren oder  sind Sie Raucher/in?

Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!