

Naturheilkundliche Sprechstunde

Dr. med. Marion Heinschel

Gröpelinger Heerstr.167, 28237 Bremen – Tel. 0421 611955

---

**Fragebogen für eine naturheilkundliche Anamnese**

Sehr geehrte Patienten, bitte füllen Sie diesen Fragebogen sorgfältig aus. Die genaue Beantwortung dieser Fragen ist eine wichtige Hilfe bei Ihrer Behandlung. Senden Sie diesen Bogen möglichst schon vor Ihrem Besuch an die Praxisadresse zurück (gerne auch per Mail – [info@integrative-hausarztpraxis.de](mailto:info@integrative-hausarztpraxis.de)). Sollte dies nicht möglich sein, können Sie ihn auch am Behandlungstag mitbringen.

Name:	_____	Geb.datum :	_____
Vorname:	_____	Beruf:	_____
Strasse:	_____	Hausarzt:	_____
PLZ/Ort:	_____		
Tel.-Nr.:	_____		

Was Sind Ihre Hauptbeschwerden, wegen derer Sie uns kontaktieren?

---

---

---

Welche Behandlungsversuche haben Sie bereits unternommen und mit welchem Erfolg?

---

---

---

Welche Erwartungen haben Sie an uns ? Was ist Ihr Ziel?

---

---

---

## 1. Schmerzen

Leiden Sie unter Schmerzen? Wenn ja, wo sind diese lokalisiert und stellen Sie ein Problem für Ihre Alltagsbewältigung dar?

---

---

---

## 2. Erkrankungen der Verdauungsorgane

Magen: z.B. Völlegefühl, Sodbrennen, Appetitlosigkeit, Blähungen

---

Galle: z.B. Steine, Fettunverträglichkeit, Koliken

---

Darm/Stuhlgang : z.B. Durchfall, Verstopfung, Blähungen, Farbe, Hämorrhoiden

---

Nahrungsmittelunverträglichkeiten : z.B. Lactoseintoleranz, Glutenunverträglichkeit

---

## 3. Herz-Kreislaufkrankungen

z.B. Herzrhythmusstörungen, Herzrasen, Herzinfarkt, Herzschwäche, hoher oder niedriger Blutdruck

---

---

---

## 4. Erkrankungen der Atemwege /Lunge/Infekte

z.B. Husten, Nasennebenhöhlenentzündung, Asthma, chron. Bronchitis, gehäuft grippale Infekte( mehr als 2x/Jahr als Erwachsener)

---

---

---

## 5. Gynäkologie

z.B. schmerzhafte Regelblutung, langdauernde, starke Regelblutung, Geburten (spontan, Kaiserschnitt), unerfüllter Kinderwunsch, Wechseljahresbeschwerden

---

---

---

## 6. Urologie

z.B. Krankheiten der Niere, Blase, Prostata

---

---

## 7. Operationen

Welche Operationen hatten Sie und wann waren diese?

---

---

## 8. Hauterkrankungen

z.B. Neurodermitis, Schuppenflechte, Pilzerkrankungen, Haare, Nägel

---

---

---

## 9. Endokrine Störungen

z.B. Erkrankungen der Schilddrüse, Hypophyse, Nebennieren, Diabetes

---

---

**10. Neurologisch / Psychiatrische Erkrankungen**

z.B. Parkinson, Schlaganfall, Multiple Sklerose, Depression, Angsterkrankung

-----  
-----  
-----

**11. Allergien**

z.B. Heuschnupfen, Allergien gegen bestimmte Medikamente, Wespenallergie

-----  
-----

**12. Unfälle**

z.B. Verkehrsunfälle, Knochenbrüche, Stürze etc.

-----  
-----

**13. Familiär gehäufte Erkrankungen (Großeltern, Eltern, Geschwister)**

-----  
-----

**14. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein und wenn ja, welche ?**

---

-----  
-----  
-----

**15. Bewegung**

z.B. treiben Sie Sport ? Wenn ja, wie oft? Welche Sportarten liegen Ihnen?

-----  
-----

## 16. Ernährung

z.B. regelmäßig/unregelmäßig, Vegetarier? Wieviel trinken Sie pro Tag? Sind Sie mit ihrem Gewicht zufrieden? Haben Sie schon mal eine Diät gemacht?

---

---

---

## 17. Schlaf

z.B. Schlafstörungen (einschlafen, durchschlafen, vorzeitiges Erwachen)

---

---

## 18. Anspannung/Entspannung

Wobei können Sie gut entspannen? (z.B. TV, Lesen, Sport, Yoga....)

---

Was überwiegt in Ihrem Alltag – Anspannung oder Entspannung?

---

## 19. Arbeit

Wieviel Stunden arbeiten Sie pro Woche ? Schichtdienst? Wie empfinden Sie Ihre Arbeit (z.B. angenehm, anstrengend, belastend, leicht, schwer) ?

---

---

## 20. Freizeitgestaltung

z.B. Hobbies, was tun Sie in Ihrer arbeitsfreien Zeit? Sind Sie damit zufrieden?

---

## 21. Umweltfaktoren

z.B. Sind Sie in Ihrer Arbeit Umweltschadstoffen ausgesetzt (z.B. Farben, Desinfektionsmittel, Schwermetalle etc.), Rauchen Sie oder wird ihrem Umfeld geraucht?

-----  
-----

## 22. Lebensenergie

Wenn eine in Ihren Augen optimale Lebensenergie bei 100% liegt, wo liegt Ihr derzeitiges Energielevel? Gibt es Erschöpfung, Konzentrationsstörungen, Gedächtnisstörungen, leichte Erregbarkeit, Nervosität ?

-----  
-----  
-----

**Haben wir etwas wichtiges vergessen, dann ist hier Platz dafür :**

-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----

Vielen Dank !