

# Angaben zu Ihrer Gesundheit

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

für die individuelle Behandlung ist es wichtig, dass Sie uns Ihre Krankengeschichte mitteilen. Bitte beantworten Sie die Fragen, soweit Ihnen Kenntnisse darüber vorliegen.

Praxisstempel



**Naturheilpraxis Christine Tiroch**  
- Heilpraktikerin -  
Teichweg 17 - D-95326 Kulmbach

Sprechstunden: [www.naturheilpraxis-kulmbach.de](http://www.naturheilpraxis-kulmbach.de)  
Tel : 09221-86966 - eMail: [naturheilpraxis-kulmbach@t-online.de](mailto:naturheilpraxis-kulmbach@t-online.de)

Herr       Frau       Divers

Vorname \_\_\_\_\_ Nachname \_\_\_\_\_

Straße, Nr. \_\_\_\_\_ PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Krankenkasse \_\_\_\_\_ Hausarzt/ärztin \_\_\_\_\_

Weitere behandelnde Ärzte/-innen /Therapeuten/-innen: \_\_\_\_\_

► Grund für Ihr Kommen: \_\_\_\_\_

► Seit wann bestehen die aktuellen Beschwerden? \_\_\_\_\_

**Haben oder hatten Sie Vorerkrankungen oder Beschwerden in den folgenden Bereichen? Wenn ja, welche?**

**Magen-Darm-Trakt**       Nein       Ja,  
(z. B. Schmerzen, Verstopfung, Durchfall,  
Blähungen, Aufstoßen)

**Bewegungsapparat**       Nein       Ja,  
(z. B. Schmerzen, Bewegungseinschränkungen)

**Kopf/Nervensystem**       Nein       Ja,  
(z. B. Schmerzen, Schwindel, neurologische  
Erkrankungen)

**Mundraum/Zähne**       Nein       Ja,  
(z. B. Aften, Zungenbrennen, Zahnschmerzen,  
Entzündungen)

**Stoffwechsel**       Nein       Ja,  
(z. B. Mangelzustände)

**Herz/Kreislauf**       Nein       Ja,  
(z. B. Bluthochdruck, Herzrasen)

**Atemwege**       Nein       Ja,  
(z. B. Husten, Nebenhöhlenentzündungen,  
chronische Bronchialerkrankungen)

**Allergien**       Nein       Ja,  
(z. B. gegen Pollen, Medikamente)

Alle persönlichen Angaben werden von uns streng vertraulich behandelt!

Fortsetzung 2. Seite >>

**Haut**

(z. B. Rötungen, Juckreiz, auffällige Muttermale, Schwitzen)

Nein  Ja,

**Niere/Blase**

(z. B. Beschwerden beim Wasserlassen)

Nein  Ja,

**Geschlechtsorgane**

(z. B. Infektionen, Schmerzen, Funktionseinschränkungen)

Nein  Ja,

**Hormonell**

(z. B. Haarausfall, Schilddrüsenbeschwerden, Zyklusbeschwerden)

Nein  Ja,

**Infektionen**

(z. B. Streptokokken-Infektionen, Grippe, Bronchitis, Covid-19)

Nein  Ja,

Wann?

**Psyche**

(z. B. Depressionen, Angstzustände, Suchterkrankungen)

Nein  Ja,

**Schlaf**

(z. B. Tagesmüdigkeit, Ein- oder Durchschlafschwierigkeiten)

Nein  Ja,

**Allgemeine Fragen**

► Benötigen/tragen Sie Brille/Kontaktlinsen, Hörgerät, Zahnprothesen, sonstige Prothesen, Implantate, Gehhilfen?

Nein  Ja, \_\_\_\_\_

► Nehmen Sie Medikamente?

Nein  Ja, \_\_\_\_\_

► Letzter Krankenhausaufenthalt: \_\_\_\_\_

► Impfstatus:  Vollständig  Unvollständig  Nicht bekannt

► Röntgenpass:  Vorhanden  Nicht vorhanden

► Rauchen Sie?  Nein  Ja, \_\_\_\_\_ Zigaretten pro Tag

► Trinken Sie Alkohol?  Nie  Gelegentlich  Regelmäßig  Täglich

► Treiben Sie Sport?  Nein  Ja, \_\_\_\_\_ pro Woche

Für Frauen: Besteht aktuell ► Kinderwunsch  Nein  Ja oder eine ► Schwangerschaft  Nein  Ja?

► Stillen Sie?  Nein  Ja

► Wie würden Sie Ihre Ernährung beschreiben?

Ausgewogen  Überwiegend gesund  Eher ungesund  Besondere Ernährungsform: \_\_\_\_\_

► Gibt es noch etwas, das wir wissen sollten? \_\_\_\_\_

► Datum \_\_\_\_\_

**X** Unterschrift \_\_\_\_\_