

## Patientendokumentation Naturheilpraxis Suwendo

Datum:.....

Name/ Vorname:	
Geburtsdatum:	
Strasse:	
PLZ/ Wohnort:	
TelNr:	
Beruf:	
Familienstand:	
Zusatzversicherung	
Besonderheit bei der Abrechnung:	

Grund des Praxisbesuches:	
Ziel der Therapie:	

Aktuelle Beschwerden:	
Aktuell eigenommene Medikamente, sowie Naturheilmittel, und selbst gekaufte:	



Fragebogen zur Vorbereitung

Schlaf:	<i>Einschlaf- Durchschlafschwierigkeiten, Nachtschweiss, Träume, Erwachen in der Nacht, um welche Zeit? Ausgeruht am Morgen?</i>
Menstruation:	<i>Zyklusdauer, Rhythmus, Dysmenorrhoe, Zwischenblutungen, Menopause, Pille, Spirale o.ä. Ausfluss?</i>
Schwangerschaft:	<i>Auch Besonderheiten bei früheren Schwangerschaften:</i>
Sexualität:	<i>Zufriedenheit, Lipido, Schmerzen</i>
Haut:	<i>Juckreiz, Ausschläge, Haare, Narben, Hautmale, Fehlempfindungen, Neurodermitis, Milchschorf als Kind; Tattoos, Piercings, Schuppen</i>
Rücken/ Gelenke:	<i>Schmerzen, Bewegungseinschränkung, Knacken der Gelenke, Schmerzen mit Ausstrahlung</i>
Kopf:	<i>Schmerzen? Wann? Wodurch? Wo am Kopf? Modalitäten, Schwindel, Konzentrationsfähigkeit? Migräne? Haarausfall</i>
Augen:	<i>Sehen, Flimmern, Trocken, Tränen, Brille, Linsen</i>
Ohren:	<i>Hören, Tinnitus?</i>
Zähne:	<i>Füllungen, Weisheitszähne, Abszesse</i>
Schweiss:	<i>Menge, Ort, Geruch</i>
Wärmehaushalt:	<i>Wärmegefühl, Frösteln, kalte bzw. heisse Körperstellen, Hitzewallungen</i>

Fragebogen zur Vorbereitung

Vegetative Situation:	<i>Schnell angespannt, Entspannungsfähigkeit, fühlt sich schnell gestresst, nicht in Gänge kommen. Immer im «Schuss sein»</i>
Atemwege:	<i>Mund-/ Nasenatmung, Husten, Schleim, Geräusche, Schnarchen, Asthma, regelmässige Infektionen, Mundgeruch</i>
Herz- Kreislauf:	<i>Durchblutung, Venenleiden, Hämorrhoiden, Krampfadern, Blutungsneigung, Herzklopfen, unregelmässiger Puls</i>
Geburt:	<i>Vaginal Geburt oder Kaiserschnitt. Gestillt?</i>
Bisherige Therapien:	<i>Was, wann, Ergebnis?</i>
Ernährung- Gewohnheiten:	<p><i>Fertigprodukte, auswärts essen, Fastfood, Getränke, Glutamat, Fertigsalatsauce?</i>  <i>Was esse ich an einem normalen Tag?</i></p> <p>Frühstück:</p> <p>Mittagessen:</p> <p>Abendessen:</p> <p>Zwischenmahlzeiten:</p>
Lust auf:	<i>Lust auf salziges, süsses, bitteres, scharfes. Abneigung, Vorlieben, Zeitpunkt, Menge, Sättigung</i>
Durst:	<i>Worauf, Menge, bevorzugte Temperatur, Alkohol, Kaffee, was trinke ich?</i>

## Fragebogen zur Vorbereitung

### Risikofaktoren- Allergien- frühere Krankheiten

Noxen:	<i>Alkohol, Cannabis, Tabletten, Drogen, Rauchen</i>
Zeckenbiss	<i>Wann, wo? Komplikationen?</i>
Allergien/ Allergene	<i>Auch auf Pflanzen und Medikamente, Nahrungsmittel, Pflegeprodukte</i>
Frühere Krankheiten Kinderkrankheiten:	<ul style="list-style-type: none"><li><input type="radio"/> Masern</li><li><input type="radio"/> Mumps</li><li><input type="radio"/> Röteln</li><li><input type="radio"/> Windpocken</li><li><input type="radio"/> Keuchhusten</li><li><input type="radio"/> Scharlach</li></ul>
Impfungen	<i>Reaktion auf Impfungen?</i>

### Familienanamnese: wer hat welche Krankheiten:

Mutter:	
Grosseltern Mutterseite:	
Vater:	
Grosseltern Vaterseite:	
Bruder/ Schwester:	
Tante/ Onkel:	