

Fragebogen zur herdbezogenen Krankengeschichte

(Sollte der vorgesehene Platz zur Beantwortung der einzelnen Fragen nicht ausreichen, schreiben Sie bitte die ausführliche Antwort auf ein Blatt Papier unter Angabe zu welcher Frage-Nummer die Antwort gehört. Da jedes Herdgeschehen den gesamten Organismus beeinflussen kann, muß dieser Fragebogen so umfassend sein; nur eine vollständige Diagnose ermöglicht eine vollständige Therapie als Voraussetzung für den Heilerfolg).

Name: _____ Vorname: _____ geb. _____ Beruf: _____
 Anschrift: _____ Telefon: _____ Krankenkasse: _____

1. Überweisender Arzt: _____
 Grund der Überweisung: _____
 Formulieren Sie Ihr Problem: _____

2. Früher ausgeübte berufliche Tätigkeiten: _____

3. Art der ausgeübten Tätigkeiten: vorwiegend körperlich / geistig / sitzend / stehend / ständig in einem Raum / im Freien / Autofahrer / verkehrsreiche Straße / Innenstadt / Klimaanlage

4. Umgang mit bestimmten Materialien: _____

5. Sportliche Betätigung: nein / gelegentlich / regelmäßig
 Sportarten: _____

6. Wo bisher in Behandlung gewesen:
 Hausarzt / Internist / Orthopäde / Chirurg / Augenarzt / Hals- Nasen- Ohrenarzt / Hautarzt /
 Nervenarzt / Urologe / Kinderarzt / Frauenarzt / Röntgen-Facharzt / Psycho-somatische
 Behandlung / Homöopathische Behandlung / Neuraltherapeut / Akupunktur-Behandlung / Arzt für
 Naturheilverfahren / Heilpraktiker

7. Klinikaufenthalte wann und weshalb; Dauer: _____

8. Welche Medikamente sind Ihnen jemals über längere Zeit verordnet worden
 (z. B. Penicillin, Sulfonamide, Cortison-Präparate, Herzmittel)

9. Derzeitige Beschwerden (seit wann und welcher Art. Bitte schwerpunktmäßig schildern)

10. Alle Impfungen:	ja			nein			weiß nicht		
	ja	nein	weiß nicht	ja	nein	weiß nicht	ja	nein	weiß nicht
Pocken									
Grippe									
Diphtherie									
Keuchhusten									
Scharlach									
Tollwut									
FSME									
Kinderlähmung									
Tuberkulose									
Thyphus									
Tetanus									
Masern									
Röteln									

Wiederholungsimpfungen: _____ Schluckimpfungen: _____

Sonstige Impfungen (z. B. wegen Auslandsreisen): _____

11. Durchgemachte Erkrankungen:	ja	nein	nicht
Masern			
Diphtherie			
Kinderlähmung (Polio)			
Pocken			
Ziegenpeter (Mumps)			
Typhus/Paratyphus			

	ja	nein	nicht
Keuchhusten			
Scharlach			
Röteln			
Windpocken			
Gelbsucht			
Fisch- oder Fleischvergiftung			

Grippeerkrankung oft / gelegentlich / nie

Sonstige Infektionskrankheiten: _____

Krankheiten im Ausland: _____

12. Operationen:

	ja	nein	weiß nicht
Mandeln			
Kieferhöhlen			
Stirnhöhle			
Ohr			
Geburten			

	ja	nein	weiß nicht
Blinddarm			
Magen			
Nieren			
Gallenblase			
Narkosefolgen			

Sonstige Operationen: _____

Operationskomplikationen: _____

Sonstige Narben: _____

Unfälle und deren Folgen: _____

Knochenbrüche: _____

Kriegsverletzungen: _____

13. Erkrankungen in der Familie (gegebenenfalls Todesursache):

Mutter: _____

Vater: _____

Geschwister: _____

14. Vegetative Dystonie (Störungen)

	ja	nein	weiß nicht
Subfebrile Temperaturen			
Schwindelzustände			
Leichte Erregbarkeit			
Allgemeine Nervosität			
Leichte Ermüdbarkeit			
Konzentrationsschwäche			
Gedächtnisschwäche	X	X	
Feuchte Hände	-		
Nachtschweiße			
Wetterfühligkeit			
Brennen d. Füße			
Kloß im Hals			
Kalte Füße			
Hitzewallungen			

15. Herz- und Kreislauf

	ja	nein	weiß nicht
Blutdruck zu hoch			
Blutdruck zu niedrig			
Blutdruck wechselnd			
Blutdruck normal			
Durchblutungsstörungen			
Venenentzündung			
Krampfadern			
Herzklappenfehler			
Herzmuskelveränderungen			
Herzinfarkte			
Herz-Rhythmusstörungen			
Herzschmerzen			
Atemnot b. Belastung			

Schlafstörungen: _____

Herzbeschwerden: _____

16. Rheumatische Erkrankungen:

Beginn der Beschwerden: _____

Dauerschmerz / Schübe

Ist die Erkrankung chronisch: ja / nein

Rheumatest positiv: ja / nein

Auf welcher Seite haben Sie mehr Schmerzen: rechts / links

Welche Gelenke sind bevorzugt befallen: _____

	ja	nein	schmerzhaft		
			haft	gerötet	verformt
Fingerendgelenke					
Fingergelenke					
Mittelhandgelenke					
Handgelenke					
Ellenbogen					
Schultern					
Hüften					

	ja	nein	schmerzhaft		
			haft	gerötet	verformt
Kniegelenke					
Sprunggelenke					
Fußwurzelgelenke					
Zehengelenke					
Halswirbelsäule					
Brustwirbelsäule					
Lendenwirbelsäule					

Welche Behandlungen wurden durchgeführt:

Zeit	Art der Behandlung	Wer machte sie	Erfolg
1.			
2.			
3.			

Was vertragen Sie nicht: _____

Gegen was sind Sie allergisch: _____

Wie tritt die Allergie auf: Hautausschlag / Nesselfieber / Asthma bronchiale / Heuschnupfen

Wie oft: _____

Wo tritt sie auf? _____

Welche Allergieteste sind gemacht worden? _____

wann: _____ wo: _____ mit welchem Ergebnis: _____

Welche Behandlungen haben stattgefunden? _____

wann: _____ wo: _____ mit welchem Erfolg: _____

Haben oder hatten Sie Umgang mit Schadstoffen, Chemikalien, Pflanzenschutzmitteln, Baustoffen,
o. ä., welche? _____

18. Erkrankungen von Seiten des Magens - Darm - Leber und Galle:

Welche Krankheiten sind Ihnen bekannt? _____

Beginn und Dauer? _____

Ergebnis, Ort und Datum von Untersuchungen: _____

Bisherige Behandlung? _____

Behandlungserfolg? _____

Leiden Sie unter Verstopfung / Blähungen / Durchfall / Koliken / Gelbsucht
Leberschwellung / Narbenbeschwerden

19. Gynäkologische Erkrankungen:

Zyklusstörungen: _____ Ausfluß: ja / nein

Erkrankungen der Unterleibsorgane: _____

Sterilität: _____ Verhütungsmittel: _____

Geburten normal: _____ operativ: _____ Fehlgeburten: _____

Operationen: _____

20. Hormonale Störungen:

	ja	nein	weiß nicht
Nebenniere			
Schilddrüse			
Nebenschilddrüse			
Hypophyse			
Bauchspeicheldrüse (Diabetes)			
Ovarien			
Prostata			
Operationen			

Pille: ja / nein

Spirale: ja / nein

Blasen- / oder Prostataentzündungen / Steine / Tumoren

Kennen Sie die Erreger? Welche _____

Wie und wo behandelt? _____

Ergebnis: _____

22. Nervenkrankheiten:

Haben oder hatten Sie Nervenleiden, bitte beschreiben: _____

Art und Lokalisation der Beschwerden: _____

Art des Beginns? _____

Wann? _____ Wie oft? _____

Was bessert, was verschlechtert? _____

Wie und wo behandelt? _____

Ergebnis: _____

Haben Sie psychische Störungen, bitte machen Sie Angaben über die Art und bisherige Behandlung: _____

23. Lunge und Bronchien:

Was ist Ihnen bekannt? _____

Wie und wo behandelt? _____

Ergebnis: _____

Rauchen Sie? ja / nein Was und wieviel? _____ Umweltlasten? _____

24. Hals- und Kopferkrankungen:

Infektanfälligkeit? ja / nein Chronische Krankheit? ja / nein

Haben Sie Herde? Nasennebenhöhlen / Mandeln / Zähne / Narben / Ohren / Hörsturz

Ohrgeräusch / Schwerhörigkeit - rechts / links

Seit wann bekannt? _____ Welche Untersuchungen? _____

Welche Behandlungen? _____ Erfolg: _____

Sehen Sie gut? ja / nein Brille: kurz- / weitsichtig / wechselnde Sehschärfe

Bindehautentzündung / grauer Star (Katarakt) / grüner Star (Glaucom)

Netzhautablösungen / Sehnervenentzündungen

Besonderheiten an den Augen: _____

Behandlungen, Operationen: _____

Wie ist der Zustand der Zähne? ausgezeichnet / zufriedenstellend / mit Lücken

sanierungsbedürftig / schlecht / Amalgamfüllungen / viele Plomben

von Jugend an schlechte Zähne

Zustand der Weisheitszähne: oben rechts: _____ oben links: _____

unten rechts: _____ unten links: _____

Haben Sie dauernd oder gelegentlich Zahnschmerzen oder Zahnfleischbluten? _____

Welche Diagnosen kennen Sie? _____

Welche zahnärztlichen Materialien haben Sie im Mund? _____

Wann war die letzte zahnärztliche Behandlung und wie war das Ergebnis? _____

Haben Sie eine sogenannte „Panoramaaufnahme“? _____

Wer ist Ihr Zahnarzt? _____

25. Besondere Lebensumstände:

Haben Sie Berufe, z. B. Tierzucht, Reisen, die an Ihrem Zustand mitbeteiligt sein können? _____