

Patientenfragebogen

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Beschwerden: _____

Allergien: _____

Chronische Erkrankungen: _____

Nehmen Sie Medikamente? Wenn ja, welche? _____

Gab es chirurgische Eingriffe? Wenn ja, welche? _____

Nehmen Sie Nahrungsergänzungsmittel? Wenn ja, welche? _____

Gibt es chronische Erkrankungen in der Familie?

Von Seite der Mutter: _____

Von Seite des Vaters: _____

Wie ernähren Sie sich?

Mischkost

Ich esse in der Kantine

Vegetarisch

Vegan

Trinken Sie regelmäßig Alkohol? Wenn ja, wie viel? _____

Ihre durchschnittliche Körpertemperatur: _____

Machen Sie regelmäßig Sport/Bewegung? Wie viel? Welche Sportart? _____

Leben Sie in einer Partnerschaft? _____

Haben Sie Kinder? Wenn ja, wie viele? _____

Wie waren die Geburten?

Unkompliziert

Sektio

Komplikationen: _____

Gab es Schwangerschaftsabbrüche/Fehlgeburten? _____

Sind Sie schon mal an folgenden Erkrankungen erkrankt?

EPV-Virus/ Pfeiffisches Drüsenfieber

Herpes Simplex (Lippenbläschen)

Herpes Zoster

Borreliose

Papillomavirus (Dysplasie des Muttermundes)

Haben/Hatten Sie Amalgamfüllungen in den Zähnen? _____

Haben Sie ein Tattoo? _____