

Fragebogen zur Erstkonsultation

Vorname:

Nachname:

Geburtsdatum: Krankenversicherung:

Straße:

PLZ: Wohnort:

Telefon-Nr. privat: Handy-Nr.:

Telefon-Nr. geschäftlich: E-Mail :

Beruf:

Derzeitige Beschwerden:

.....

.....

Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit:

.....

.....

Amalgamfüllungen ? Ja Nein Früher Nie

Tote bzw. wurzelbehandelte Zähne: Ja Nein

Operationen, wann? (Jahresangabe):

.....

.....

Eingriffe (auch entfernte Weisheitszähne, Muttermale etc.):

.....

IBAN DE 18 7025 0150 0000 1175 80

Kreissparkasse Ebersberg

Unfälle, Verletzungen (auch im Kindesalter)

.....
.....

Narben (auch endoskopisch z.B. Knie)

.....

Kiefergelenks / Wirbelsäulenblockaden:

Entzündungen (auch im Kindesalter, z.B. Ohren, Mandeln, Nebenhöhlen, Blase, Blinddarm etc.)

.....
.....

Pilzerkrankungen (z.B. Nagel-, Fuß-, Vaginalpilz):

.....

Haben Sie erhöhten / zu niedrigen Blutdruck?

Leiden Sie unter Schlafstörungen? (einschlafen /durchschlafen)

Neigen Sie zu Verstopfung, Durchfall, Blähungen, Aufstoßen? (zutreffendes bitte unterstreichen)

Essen Sie vorwiegend Brot, Mehlspeisen, Nudeln, Pizza, Süßigkeiten? Ja Nein

Essen Sie vorwiegend Fleisch, Wurst, Käse, Fisch ? Ja Nein

Sind Sie Vegetarier bzw. Veganer ? Ja Nein

Wieviele Mahlzeiten essen Sie pro Tag?

Wann nehmen Sie Ihre Hauptmahlzeit ein ?

Größe (cm) Gewicht (kg)

tägliche Trinkmenge (Wasser) Liter Alkohol..... Zigaretten.....

IBAN DE 18 7025 0150 0000 1175 80

Kreissparkasse Ebersberg

Impfungen (bitte Impfpass mitbringen).....

Tattoos (wie viele, wo?).....

Piercings (wie viele, wo?)

Schlafen Sie in einem Wasserbett? Ja Nein

Haben Sie einen Radiowecker? Ja Nein

Haben Sie W - Lan zu Hause? Ja Nein

Hatten Sie einen Wasserschaden zu Hause? Ja Nein

Gibt es feuchte Stellen im Wohnbereich? Ja Nein

Haben Sie ein Aquarium? Ja Nein

Gibt es noch alte Wasserleitungen im Haus ? Ja Nein

Haben Sie Probleme mit dem Kiefergelenk? Ja Nein

Leiden Sie unter geschwollenen Lymphdrüsen? Ja Nein

Haben Sie Nebenhöhlenprobleme? Ja Nein

Neigen Sie zu immer wiederkehrenden Infekten? Ja Nein

Haben Sie Venenprobleme Ja Nein

Leiden Sie unter Durchblutungsstörungen? Ja Nein

Nehmen Sie Hormonpräparate ein? (Schilddrüse, Pille etc.)

Haben Sie Antibiotika eingenommen ? (Wie oft, wie lange)

Haben Sie Kortisonpräparate eingenommen? (Wie oft, wie lange?).....

Medikamente für den Magen (Säureblocker etc.).....

Psychopharmaka, Neuroleptika ?

IBAN DE 18 7025 0150 0000 1175 80

Kreissparkasse Ebersberg