



*Praxis für Naturheilkunde*  
**Martina Johnson**  
Heilpraktikerin

Vorwaldstraße 16  
93177 Altenthann

Tel.: 09408 8699861  
Mail: [info@naturheilpraxis-johnson.de](mailto:info@naturheilpraxis-johnson.de)  
Web: [www.naturheilpraxis-johnson.de](http://www.naturheilpraxis-johnson.de)

**Name** \_\_\_\_\_

**Anschrift** \_\_\_\_\_

**Geburtsdatum** \_\_\_\_\_

**Telefon** \_\_\_\_\_

**E-Mail** \_\_\_\_\_

**Beruf** \_\_\_\_\_

**Familienstand** \_\_\_\_\_

**1. Unter welchen momentanen Beschwerden leiden Sie? Was bringt Sie zu mir?**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**2. Gab es einen Auslöser für Ihre Beschwerden? Bitte ankreuzen!**

- Unfall       Erkrankung       Operation       Trauer
- Impfungen       Medikamente
- Sonstige: \_\_\_\_\_

**3. Hatten Sie folgende Kinderkrankheiten? Bitte ankreuzen!**

- Masern       Röteln       Scharlach       Mumps
- Windpocken

**4. Welche Operationen hatten Sie und in welchem Jahr? (z.B. Mandeln, Blinddarm)**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**5. Wie lautet Ihre Blutgruppe?**

\_\_\_\_\_

**6. Liegen Allergien vor? Bitte ankreuzen!**

- |                                       |  |  |                                     |
|---------------------------------------|--|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Heuschnupfen | <input type="checkbox"/> Pollen          | <input type="checkbox"/> Tierhaare     | <input type="checkbox"/> Hausstaub  |
| <input type="checkbox"/> Milben       | <input type="checkbox"/> Lidocain        | <input type="checkbox"/> Aspirin (ASS) | <input type="checkbox"/> Penicillin |
| <input type="checkbox"/> Metalle      | <input type="checkbox"/> Nahrungsmittel: | _____                                  |                                     |
| <input type="checkbox"/> Sonstige:    | _____                                    |  |                                     |

**7. Welche Erkrankungen gibt es in Ihrer Familie? Bitte ankreuzen!**

- |   |                                   |  |   |
|---|-----------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck          | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Fettstoffwechselstörung | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt    |
| <input type="checkbox"/> Asthma                 | <input type="checkbox"/> Krebs    | <input type="checkbox"/> Lungenerkrankungen      | <input type="checkbox"/> Erbkrankheiten |
| <input type="checkbox"/> Sonstige Erkrankungen: | _____                             |  |   |

**8. Fragen zum weiblichen Zyklus:**

Anzahl der Schwangerschaften: \_\_\_\_\_

Anzahl der Geburten: \_\_\_\_\_

Verwenden Sie hormonelle Verhütungsmittel (Z.B. Pille, Spirale)?  ja  nein

Falls mit ja angekreuzt, welches Präparat wird eingenommen?

\_\_\_\_\_

Wie sind Ihre Monatsblutungen?

- regelmäßig  unregelmäßig  schmerzhaft

In welchem Zyklustag befinden Sie sich? Wann hat Ihre letzte Periode eingesetzt?

\_\_\_\_\_

**9. Welche Medikamente nehmen Sie derzeit ein?**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**10. Zu Ihrer Person**

Größe \_\_\_\_\_ Körpergewicht \_\_\_\_\_ Zigaretten/Tag \_\_\_\_\_

Bewegen Sie sich gerne? \_\_\_\_\_

Wogegen sind Sie geimpft? \_\_\_\_\_

Wie viel trinken Sie pro Tag und was? \_\_\_\_\_

Wie viel Kaffee trinken Sie pro Tag? \_\_\_\_\_

Was essen Sie am liebsten? \_\_\_\_\_

Haben Sie eine Abneigung gegen bestimmte Nahrungsmittel? \_\_\_\_\_

Haben Sie derzeit Stress? \_\_\_\_\_

Wie ist Ihr Schlafverhalten? (Ein-/Durchschlafen) \_\_\_\_\_

**11. Welche Vorerkrankungen sind bekannt? Bitte ankreuzen!**

- |   |                                   |   |  |
|---|-----------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck                | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Magenerkrankung        | <input type="checkbox"/> Asthma                  |
| <input type="checkbox"/> Tumorerkrankung              | <input type="checkbox"/> Krebs    | <input type="checkbox"/> Hautkrankheit          | <input type="checkbox"/> Fettstoffwechselstörung |
| <input type="checkbox"/> Herzerkrankungen             | <input type="checkbox"/> Rheuma   | <input type="checkbox"/> Nierenerkrankungen     | <input type="checkbox"/> Lebererkrankung         |
| <input type="checkbox"/> Gallensteine                 | <input type="checkbox"/> Gicht    | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung | <input type="checkbox"/> Depression              |
| <input type="checkbox"/> Sonstige Erkrankungen: _____ |                                   |   |  |

**12. Hatten Sie bereits Infektionskrankheiten (z.B. im Urlaub)?**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**13. Welches Füllmaterial wurde für Ihre Zähne verwendet?**

- |                                     |                                  |   |
|-------------------------------------|----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Keramik    | <input type="checkbox"/> Amalgam | <input type="checkbox"/> Amalgam entfernt |
| <input type="checkbox"/> Kunststoff | <input type="checkbox"/> Gold    |   |

**14. Sind Weisheitszähne vorhanden?**

- |                             |                               |
|-----------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
|-----------------------------|-------------------------------|

**15. Wie ist Ihre Verdauung? Bitte ankreuzen!**

- |                                       |  |  |  |
|---------------------------------------|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Völlegefühl  | <input type="checkbox"/> Sodbrennen          | <input type="checkbox"/> Appetitlosigkeit  | <input type="checkbox"/> Aufstoßen               |
| <input type="checkbox"/> Gastritis    | <input type="checkbox"/> Helicobacter pylori | <input type="checkbox"/> Magengeschwür     | <input type="checkbox"/> Blähungen               |
| <input type="checkbox"/> Durchfall    | <input type="checkbox"/> Verstopfung         | <input type="checkbox"/> Stuhlgang täglich | <input type="checkbox"/> Stuhlgang alle 2-3 Tage |
| <input type="checkbox"/> Hämorrhoiden |  |  |  |

Schlecht vertragene Nahrungsmittel: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Die absolut vertrauliche Dokumentation und Behandlung Ihrer Daten ist gewährleistet. Siehe Aushang DSGVO in der Praxis.**

Datum, Unterschrift \_\_\_\_\_