



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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**9. 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) \_\_\_\_\_

**10. 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"/> Depression       | <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"/> Sonstige: _____         |

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

---

---

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

- Keramik                       Amalgam     Amalgam entfernt  
 Kunststoff                       Gold

**13. Sind Weisheitszähne vorhanden?**

- ja                                   nein

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

- Völlegefühl                       Sodbrennen                       Appetitlosigkeit                       Aufstoßen  
 Gastritis                               Helicobacter pylori                       Magengeschwür                       Blähungen  
 Durchfall                               Verstopfung                       Stuhlgang täglich                       Stuhlgang alle 2-3 Tage  
 Hämorrhoiden

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

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

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