**Anne Mandel
Naturheilpraxis Hochallee
Hochallee 103, 20149 Hamburg
T: 040 41497149, anne@praxis-mandel.de**

**Liebe Patientin, lieber Patient,**

**Bitte lesen Sie die Fragen sorgfältig durch und beantworten Sie sie so gut wie möglich. Entweder in Stichworten, durch unterstreichen oder durch ankreuzen.
Je genauer Ihre Angaben sind, desto besser kann ich mich auf Sie vorbereiten.
Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!**

**Ihre Anne Mandel**

Name: Vorname: \_\_\_\_

Adresse: Postleitzahl: \_

Wohnort: Geburtstag: M/W

Telefon : Sonstige Tel:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Krankenkasse: Zusatzversicherung:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Beihilfe berechtigt: Ja **□** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nein **□**

Beruf: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ frühere Berufsausübung:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Freizeit, Sport, Hobby:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Aktuelle Medikamente:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Hausarzt: Facharzt: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Wer hat mich Ihnen empfohlen? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**1. Welche Beschwerden oder Erkrankung sind/ist der Anlass für Ihren Termin?**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**2. Welche Vorerkrankungen gibt es?**

 z.B. Rheuma, Gicht, Krebs, Bluthochdruck, Diabetes, Fettstoffwechselstörung, Asthma, Depression…

**Andere:**
**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Krankheiten in Ihrer Familie:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**3. Gab es einen Auslöser für Ihre Beschwerden?** Z.B. Erkrankungen, Unfälle, Trauer, Sorgen, Medikamente, Impfungen, Umzüge, Lebensumstände
 **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**4. Welche Infektionskrankheiten oder Impfungen gab es?**

 Z.B. Masern, Mumps, Röteln, Keuchhusten, Windpocken, Scharlach, Tetanus, Kinderlähmung (Polio),

 Malaria, Salmonellose, Ruhr, Pfeiffersches Drüsenfieber, Gonorrhöe (Tripper), Syphilis,

 Tropenkrankheiten, Tuberku­lose…

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**5. Allergien und Unverträglichkeiten: Nein □ Ja□

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Nahrungsmittelallergien **□** Welche? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
 **Ich reagiere empfindlich auf** (z.B. Alkohol, Medikamente, Narkosemittel, Drogen):

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**6. Welche Operationen gab es (Mandel-OP, Gallensteine, Blinddarm etc.)?**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 7. Haben Sie Implantate ( Zähne, Hüfte, Knie etc.)?**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**8. Leiden Sie unter Kopfschmerzen/Migräne?**

 Nein **□** selten **□** häufig **□** an Stirn **□** Schläfen **□** Oberkopf **□**  Hinterkopf **□** halbseitig : links **□** rechts **□** beidseitig **□** Verschlechterung: durch Wetter **□** Nahrungsmittel **□**welche?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Schlaf **□** Medikamente **□**Zyklus

 **9. Wie sehen Ihre Haare aus?**

 Gesund **□** fettig**□**  trocken**□** strohig**□** brüchig**□** früh ergraut**□**

 **Haarausfall:** diffus**□**  kreisrund**□**  ständig**□** wiederkehrend**□** seit wann? \_\_\_\_\_\_\_\_\_

**10. Wie geht es Ihren Augen?**

 Häufige Bindehautentzündungen **□**  grüner **□** grauer Star **□**

 Macula- Degeneration **□** sonstiges:­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**11. Was machen Ihre Ohren?**
 Schwerhörigkeit **□**  wenn ja seit wann? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
 Tinnitus: rechts **□**  links **□** Hörsturz im Jahre:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 **12. Zähne/Kiefer** fehlende Zähne \_\_\_\_\_\_\_\_ tote Zähne \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Weisheitszähne \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Zahnfüllungen? **□** Wenn ja, wie viele? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_und woraus: Kunststoff **□** Gold **□** Keramik **□** Amalgam **□** Amalgamentfernung? **□** Wenn ja, wann \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ und mit **□** oder ohne Ausleitung **□**?

 Kiefergelenksprobleme **□** nächtliches Zähneknirschen **□**

**13. Nase**

Nasennebenhöhlenprobleme: akut **□** chronisch **□** seit­­:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Polypen **□** Schnarchen **□** Operation **□**

**14. Mandeln und Rachen**

 häufige Mandelentzündungen als Kind **□** als Erwachsener **□** vergrößerte Mandeln **□**
 Mandel-OP**□** Wenn ja,wann:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Stimmbandprobleme **□**

**15. Schilddrüse**

 Unterfunktion mit Hashimoto-Thyreoiditis **□** ohne **□**

 Überfunktion mit Basedow **□** ohne**□** Struma **□**  Knoten heiß **□** kalt **□** Zysten **□**

 OP**□** wenn ja, wann \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**16. Brust und Bauch

Herz:** Beschwerden: Stechen **□** Druckgefühl **□** Infarkt **□** Beklemmung **□**

 Rhythmusstörungen **□** wenn ja, wann treten diese auf\_\_\_\_\_\_\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 sonstiges:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Blutdruck: zu hoch **□** zu niedrig **□**

**Lunge:** chronische Bronchitis **□** häufiger Husten **□**  Lungenentzündungen **□** Asthma **□**
 obstruktive Lungenerkrankung **□** Emphysem **□**

**Leber:**  Entzündung **□** Hepatitis A **□**B **□** C **□** Fettleber **□**

**Galle**: Steine **□** Koliken **□** Operation, **□** wenn ja, wann?:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
 Druck im Oberbauch **□**  Fettunverträglichkeit **□**

**Magen:** Völlegefühl **□** Reflux **□** Gastritis **□** Appetitlosigkeit **□**

**Darm:**  Infektionen **□** Reizdarm **□** Colitis ulcerosa **□** Morbus Crohn **□** Hämorrhoiden **□** Blähungen **□**

**Stuhlgang:**  1 x täglich **□** öfter **□** unregelmäßig **□** Neigung zur Verstopfung **□**

Neigung zum Durchfall **□** Stuhlgang wechselhaft **□**
Stuhl: hell **□** dunkel **□** übel riechend **□** hart **□** knollig **□** weich **□** schmierig **□**schaumig **□** unwillkürlicher Stuhlabgang **□** Gefühl, nicht fertig zu werden **□**

 **17. Rücken, Extremitäten

Rücken:**  Schmerzen **□** Verspannungen **□** Bandscheibenprobleme **□**Wirbelblockaden **□**

 wenn ja ,wo?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
 Rheuma (Morbus Bechterew….) **□** M.Scheuermann **□**

**Arme/Hände:** Verletzungen **□** Brüche **□** Tennisarm **□** Taubheitsgefühle **□** Kribbeln **□**

 kalte Hände **□** Arthrose **□** Arthritis **□**

**Schulter:** Frozen shoulder **□** Kalkschulter **□** Painful arc **□** Schmerzen allgemein **□**

**Beine:** Verletzungen **□** Brüche **□** Operationen (Knie oder Hüfte) Ischiasbeschwerden **□**
Fersensporn **□** Durchblutungsstörungen **□** offene Beine **□** Krampfadern **□**

kalte Füße **□** Polyneuropathie **□**

**18. Unterbauch**Blasenentzündung : nie **□** 1 – 2 x im Jahr **□** häufiger **□** Nieren: Steine **□** Zysten **□** Entzündungen **□** Anomalien **□**Probleme beim Wasserlassen allgemein? **□**

Häufiger Harndrang **□**Reizblase? **□**

**Frau :** Zyklus : regelmäßigja **□**nein **□** stark **□** schwach **□** schmerzhaft **□**
Stimmungsschwankungen? **□**Verhütung: keine **□** Pille **□** Spirale (Hormon oder Kupfer)

Wechseljahresbeschwerden? Welche?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Geburten:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ spontan **□** Kaiserschnitt **□** Fehlgeburten **□**

Ovar- und/oder Uterus- OP **□** im Jahre\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Mann:** Prostata: vergrößert **□** gutartig **□** CA **□** PSA erhöht **□** Entzündungen **□** Durchblutungsstörungen **□**

**19. Haut und Nägel**

trocken **□** spröde **□** juckend **□** rissig **□** fettig **□** unrein **□**

Bindegewebsschwäche **□** Dehnungsstreifen **□** Schuppenflechte **□** Neurodermitis **□** Nesselsucht **□** Warzen **□** Pilze **□** Gürtelrose **□** Herpes **□**

Narben: wo und wie viele\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**20. Essen und Trinken**Was essen Sie und wann?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Frisch zubereitet **□** Bio **□** Konventionell **□** Fertigprodukte **□**
Mischkost mit Fleisch, Fisch und Geflügel?**□** Vegetarisch **□** ovo-lacto **□** vegan **□**
Kohlenhydrate (Reis, Nudeln, Weißmehl): täglich **□** selten **□** gar nicht **□**
Eher süß **□** herzhaft **□** bitter **□** scharf **□**

3 große oder 5 und mehr kleine Mahlzeiten:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Gibt es spezielle Abneigungen oder Vorlieben?
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Wie viel trinken Sie am Tag und was?

 Wasser **□**\_\_\_\_\_Kaffee **□**\_\_\_\_\_Tee **□**\_\_\_\_\_Softdrinks **□**\_\_\_\_\_Alkohol \_\_\_\_\_\_
Von folgendem Genussmittel verzehre ich zu viel:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ich bin Raucher: nein **□** ja**□** \_\_\_\_\_\_ Stück am Tag

 **21. Sport**Regelmäßig \_\_\_\_x Woche **□** sporadisch **□** nie **□**

Sportart(en): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**\_\_\_\_\_**

**22. Schlaf** Gutes Einschlafen **□**  gutes Durchschlafen **□**  erholtes Aufwachen **□** Träumen Sie? Ja**□**  Nein **□**

 **Vielen Dank für Ihre Mühe!
Naturheilpraxis Hochallee
Anne Mandel**