



**Angaben zur Krankheitsvorgeschichte:** Bitte füllen Sie den Fragebogen sorgfältig aus. Er ist eine wichtige Hilfe bei der Akupunkturbehandlung.

1. Name, Geb. Dat., Adresse: .....

2. Beruf / Tätigkeit: .....

3. Familienstand: ledig, verheiratet, getrennt lebend, geschieden, verwitwet,

(Größe:.....cm; Gewicht:.....kg niedrigstes ..... höchstes Gewicht ..... )

4. JETZIGE ERKRANKUNG bzw. BESCHWERDEN

Erläutern Sie bitte Ihre jetzigen Beschwerden, den Beginn, die bisher durchgeführten Behandlungen. ca. seit wann .....

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

5. Bisherige Erkrankungen, Diagnosen? ca. seit wann .....

.....  
.....  
.....

6. Welche Medikamente nehmen Sie? ca. seit wann .....

.....  
.....  
.....  
.....

7. Liegen Arztberichte, Röntgen/CT- Aufnahmen vor? Bitte faxen Sie uns die entspr. Berichte!

8. Krankenhausaufenthalte weswegen:.....wann?.....

9. Kur-/ Reha- Aufenthalte:..... wann?.....

10. Abgelaufene Erkrankungen oder Unfälle?

11. Operationen: welche und wann? .....

.....  
.....  
.....





45. Krankheiten der weibl. Unterleibsorgane oder der Brüste,  
Geburten .....(Normal, Kaiserschnitt, ..... ) Nehmen sie die Pille? .....
46. Unregelmäßige Periode, letzte Periode am.....
47. Andere Krankheiten, Wenn ja, welche .....
- .....
48. Kinderkrankheiten: Diphtherie, Scharlach, Masern, Röteln, Mumps,  
Keuchhusten, Kinderlähmung, Fieberkrampf, Windpocken
49. Impfungen: Tetanus, Diphtherie, Kinderlähmung,  
wann zuletzt .....
- Keuchhusten, HIB, FSME, Hepatitis, .....
50. Fern-Reisen: ..... (Wann?, Wohin? Osteuropa, Tropen etc.)  
.....  
.....
51. Alkohol: was ..... wieviel: .....
52. Nikotin:
53. Drogen:
54. Sportive Aktivitäten: welche ..... wie oft .....
55. Belastungen am Arbeitsplatz: Lärm / Rauch / Staub / Abgase, Schicht- Nachtarbeit
56. Haben Sie Schwierigkeiten: in der Familie, mit Ihrem Tanzpartner/Ehegatten, mit Freunden,  
..... mit Arbeitskollegen, mit Geschäftspartnern, mit Nachbarn
57. Sind Sie unzufrieden: mit Ihrer derzeitigen Tätigkeit, mit dem Beruf,  
mit dem Haushalt, mit dem Ruhestand, mit Ihrer Wohnung etc.  
Sonstige Probleme: .....
58. Machen Sie sich Sorgen um Ihre Zukunft?
59. Besitzen Sie Haustiere? welche?.....Beruflicher Umgang mit Tieren? welche? ....
60. Ernährungsgewohnheiten: Mischkost, Vollwertkost, Lakto- veg. Kost, Vegane Kost
61. Allergien/ Unverträglichkeit/ Abneigung gegen bestimmte Nahrungsmittel?  
Welche?.....

**Unterschrift**      **Ort, Datum**