

Marco Pumptow

Praxis für Mesologie und Hypnoseherapie

Heilpraktiker



MESOLOGIE

O6, 9

68161 Mannheim

Tel.: 0621 – 86251056

Fax 0621 - 86251058

Sehr geehrte (r) Frau, Herr _____

Bitte lesen Sie diesen Fragebogen und beantworten Sie diesen so genau wie möglich. Bei der ersten Untersuchung werden alle Angaben mit Ihnen besprochen. Selbstverständlich unterliegen alle Angaben einem strikten Berufsgeheimnis und sind streng vertraulich. Vielen Dank für Ihre Bemühungen.

Name: _____ Vorname: _____
Adresse: _____ Postleitzahl: _____
Wohnort: _____ Geburtstag: _____
Telefon: _____ Mobil: _____
Beruf: _____ E-Mail: _____

Beihilfe/private Krankenkasse Ja / Nein

Frühere Berufsausübung: _____

Freizeit, Sport, Hobby: _____

Medikamenteneinnahme: _____

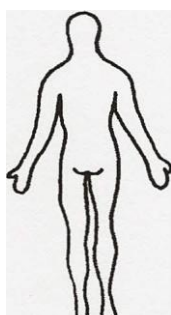
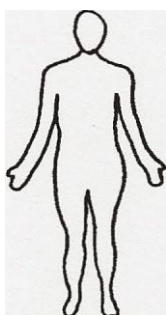
Hausarzt: _____ Tel.: _____

Therapeut _____ Tel.: _____

Wie sind Sie auf meine Praxis aufmerksam geworden? Wer hat mich Ihnen empfohlen?

Was sind Ihre hauptsächlichsten Beschwerden?

Seit wann haben Sie diese und wie äußern sie sich?



Bitte kennzeichnen Sie auf den nebenstehenden Figuren Ihre Schmerzstellen in **schwarz**, sowie alle vorhandenen Narben in **rot** ein



Bitte beschreiben Sie die Art und Weise Ihrer Schmerzen.

(stechend, brennend, bohrend, reißend, klopfend, drückend)

Treten die Beschwerden regelmäßig oder in einem bestimmten Schema auf? _____

Unter welchen Voraussetzungen lassen die Beschwerden nach? (z.B. Kälte, Wärme, Ruhe, Stress, Hunger, Essen, Körperhaltung, Bewegung)

Wann verschlimmern sich Ihre Beschwerden? _____

Wie fühlen Sie sich dann im Allgemeinen? (traurig, ängstlich, ruhelos, irritiert, usw.)

Treten am Tag Schwächeanfälle auf? _____

Werden Sie nachts wach? Wenn ja, wann? _____

Wie häufig haben Sie Stuhlgang? _____ x täglich / _____ x Woche. Regelmäßig / unregelmäßig,

Konsistenz: fest/dünn/weich/wässrig. Farbe: weiß/leichtbraun/gelbbraun/dunkelbraun/schwarz

Haben Sie Vorlieben oder Abneigungen für sauer, süß, würzig, bitter, salzig?

Bei welchen Speisen und / oder Getränken haben Sie Beschwerden? _____

Haben Sie eine Sucht nach Süßigkeiten? Ja/Nein _____

Rauchen Sie? Wie viel? _____

Trinken Sie Alkohol? Wie viel? _____

Nehmen Sie Drogen? Welche und wie häufig? _____

Trinken Sie Kaffee? Wie viel? _____

Welche WEITEREN NEBENBESCHWERDEN haben Sie zurzeit?

1. _____

2. _____

3. _____

Familienkrankheiten: Erbliche Vorbelastungen (Herz- und Gefäßkrankheiten, Rheuma, Krebs, Diabetes, Hautkrankheiten, usw.) und nicht erbliche Belastungen.

Mutter: _____

Vater: _____

Sonstige Familienmitglieder: _____



Krankheitsgeschichte.

Bitte in folgender Reihenfolge beschreiben:

1. Welche Krankheiten, Operationen, Unfälle und Behandlungen haben Sie in Ihrem Leben durchgemacht? Bitte auch offensichtlich kleinere Angelegenheiten wie z.B. Verstauchungen, Zahnbehandlungen, Mandeloperation, Ekzembbehandlungen auflisten.
2. Kinderkrankheiten auflisten.
3. Eventuelle Schwangerschaft und deren Verlauf angeben.
4. Wichtige Entwicklungen in Ihrem Leben können auch von Bedeutung sein (z.B. Scheidung, Kreislaufschwäche, Nervenzusammenbruch, Depression, usw.).
5. Besuche im Ausland (außerhalb Europa).

ALTER KRANKHEIT / BESCHWERDEN / SCHWANGERSCHAFT/ WERDERGANG

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Marco Pumptow

Praxis für Mesologie und Hypnose-therapie

Heilpraktiker



MESOLOGIE

O6, 9

68161 Mannheim

Tel.: 0621 – 86251056

Fax 0621 - 86251058

Sind Sie (mit Ausnahme der vorgenannten Angaben) jemals in Behandlung eines Physiotherapeuten, Chiropraktiker, Facharztes, Heilpraktiker, Homöopathen, Akupunkteurs, Osteopathen, usw. gewesen?

Was war die schlimmste Krankheit in Ihrem Leben?

Welche Krankheit, welcher Unfall, Operation war die Letzte vor Ihren heutigen Beschwerden?

Spüren Sie eine Verschlimmerung der Beschwerden beim starke physischer oder psychischer Belastung, klimatischen Veränderungen, Fieber, Menstruation, usw. Wenn ja –wann?

Verschlimmerung von: _____



Bitte auf dieser Seite ankreuzen was auf Sie zutrifft.

Die linke Hälfte (rot) ist für frühere Beschwerden, die rechte Hälfte (schwarz) bezieht sich auf gegenwärtige Beschwerden. Wenn frühere Beschwerden auch heute noch bestehen, bitte sowohl die linke als auch die rechte Hälfte ankreuzen. Bei Wahlmöglichkeiten: Bitte Nichtzutreffendes streichen.

ALLGEMEINES

- Kopfschmerzen: täglich/wöchentlich/monatlich
- Schlaflosigkeit?
- Probleme mit dem Einschlafen
- Gewichtsveränderung: Zunahme/Abnahme
- Schwindel
- Müdigkeit: ständig/morgens/mittags/abends
- doppeltes- / verschwommenes Sehen
- Allergien: _____

ATEMWEGE / HALS-NASEN-OHREN

- Atemnot
- chronischer Husten
- chronische Erkältung
- Asthma
- Halsschmerzen / Entzündungen
- Nasennebenhöhlenentzündungen
- Ohrensausen

HERZ UND BLUTGEFÄSSE

- hoher / niedriger Blutdruck
- geschwollene Drüsen
- Aderverkalkung
- unregelmäßiger Herzschlag
- Schmerz / Brustbeklemmung
- Herzklopfen
- kalte Hände / Füße
- Krampfadern
- aufgedunsen sein

NIEREN / HARNLEITER

- Nierenentzündung / Nierensteine
- Schmerzen beim Wasserlassen
- Prostataschmerzen
- Blasenentzündung
- Geschlechtskrankheiten
- Urinveränderungen

MUSKELN / GELENKE

- verspannte / weiche Muskeln
- Lendenschmerzen
- Nackenschmerzen
- Prickeln / Ausstrahlungen
- Sonstiges: _____
- Gelenkschmerzen
- Muskelschmerzen / Krämpfe
- Bewegungseinschränkungen
- Rheuma

FRAU Schwangerschaft JA / NEIN

- Alter erstmaliger Menstruation: _____
- schmerzhafte Menstruation
 - unregelmäßige Menstruation
 - anhaltende Menstruation
 - schmerzhafte Brüste
 - prämenstruelles Syndrom
 - weißer Ausfluss (Fluor albus)

HAUT

- Ekzem / Ausschlag
- Anfälligkeit für blaue Flecken
- trockene Haut / Schwitzneigung
- jucken / Juckreiz
- spröde Fingernägel
- Haarausfall / spröde Haare

MAGEN-/DARMTRAKT

- Darmentzündung
- Verstopfung
- Durchfall
- Trockener Mund
- Blähungen, aufgetriebener Bauch
- Übelkeit
- Bauchschmerzen / Krämpfe
- Bauchrumoren
- Sodbrennen / Aufstoßen
- Blutungen
- Sonstiges: _____

VERFASSUNG

- nervös
- depressive
- überempfindlich
- Konzentrationsverlust
- vergesslich
- ängstlich
- ständig grübelnd
- lustlos
- in sich hineinfressend
- ohne Selbstvertrauen
- traurig / niedergeschlagen
- unentschlossen
- irritiert
- Hitzewallungen
- Sonstiges: _____

