

# Fragebogen

---

Praxis Sonnenberger - Heilpraktikerin Christine Sonnenberger

## 1. Persönliche Angaben

Name: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

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

Familienstand: \_\_\_\_\_ Kinder: \_\_\_\_\_

Krankenversicherung: ☐ Gesetzlich ☐ Privat ☐ Beihilfe

Wie wurden Sie auf die Praxis aufmerksam? \_\_\_\_\_

## 2. Anlass Ihres Besuchs

Was führt Sie zu mir? (Bitte Hauptbeschwerden kurz beschreiben)

\_\_\_\_\_

Gab es ein auslösendes Ereignis? (z. B. Unfall, Stress, Infekt, Medikament, Trauer)

\_\_\_\_\_

## 3. Gesundheitliche Vorgeschichte

### Bekannte Erkrankungen in Ihrer Familie:

- |                                       |   |   |  |
|---------------------------------------|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Krebs        | <input type="checkbox"/> Diabetes                   | <input type="checkbox"/> Herz-Kreislauf | <input type="checkbox"/> Rheuma        |
| <input type="checkbox"/> Schlaganfall | <input type="checkbox"/> Psychische<br>Erkrankungen | <input type="checkbox"/> Allergien      | <input type="checkbox"/> Andere: _____ |

### Eigene durchgemachte Krankheiten:

- |                                    |  |                                 |                                     |
|------------------------------------|--|---------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Masern    | <input type="checkbox"/> Mumps                               | <input type="checkbox"/> Röteln | <input type="checkbox"/> Windpocken |
| <input type="checkbox"/> Scharlach | <input type="checkbox"/> Pfeiffersches<br>Drüsenfieber / EBV | <input type="checkbox"/> Andere |                                     |

Allergien: Pollen: ☐ Ja ☐ Nein / Welche? \_\_\_\_\_

Nahrungsmittel: ☐ Ja ☐ Nein / Welche? \_\_\_\_\_

Impfstatus aktuell? ☐ Ja ☐ Nein Reaktionen auf Impfungen? ☐ Ja ☐ Nein

#### 4. Beschwerden-Check

Bitte Zutreffendes ankreuzen:

##### Kopfbereich:

- |  |   |   |  |
|--|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen                         | <input type="checkbox"/> Tinnitus                               | <input type="checkbox"/> Sehstörungen                 | <input type="checkbox"/> Hörstörungen              |
| <input type="checkbox"/> Schwindel                             | <input type="checkbox"/> Haarausfall                            | <input type="checkbox"/> Bindehautentzündung          | <input type="checkbox"/> Kurz-<br>/Weitsichtigkeit |
| <input type="checkbox"/> Grauer Star                           | <input type="checkbox"/> Macula-Degeneration                    | <input type="checkbox"/> Amalgam-<br>Zahnbehandlungen | <input type="checkbox"/> Zahnfüllungen             |
| <input type="checkbox"/> Mandel-OP                             | <input type="checkbox"/> Häufige Mandelentz.                    |   |  |
| <input type="checkbox"/> Schilddrüsenprobleme:<br>Überfunktion | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenprobleme:<br>Unterfunktion | <input type="checkbox"/> Vergrößerung / Knoten        | <input type="checkbox"/> OP                        |

##### Verdauung / Stoffwechsel:

- |                                     |   |                                      |  |
|-------------------------------------|---|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Blähungen  | <input type="checkbox"/> Blähbauch        | <input type="checkbox"/> Verstopfung | <input type="checkbox"/> Durchfall                       |
| <input type="checkbox"/> Sodbrennen | <input type="checkbox"/> Appetitlosigkeit | <input type="checkbox"/> Völlegefühl | <input type="checkbox"/> Nahrungsmittelunverträglichkeit |

##### Urogenitaltrakt:

- |  |   |  |  |
|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Harnwegsinfekte   | <input type="checkbox"/> Blasenprobleme | <input type="checkbox"/> Prostatabeschwerden | <input type="checkbox"/> Zyklusbeschwerden |
| <input type="checkbox"/> Schwangerschaften | <input type="checkbox"/> Fehlgeburten   | <input type="checkbox"/> Zysten              | <input type="checkbox"/> Myome             |

##### Bewegungsapparat:

- |   |  |   |   |
|---|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Rückenschmerzen:<br>Hals   | <input type="checkbox"/> Rückenschmerzen:<br>oberer Rücken | <input type="checkbox"/> Rückenschmerzen:<br>unterer Rücken | <input type="checkbox"/> Verspannungen    |
| <input type="checkbox"/> Gelenkbeschwerden<br>– wo? | <input type="checkbox"/> Kribbeln                          | <input type="checkbox"/> Taubheitsgefühle                   | <input type="checkbox"/> kalte Hände/Füße |

##### Haut & Narben:

- |                                 |  |  |   |
|---------------------------------|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ekzeme | <input type="checkbox"/> Neurodermitis | <input type="checkbox"/> Schuppenflechte | <input type="checkbox"/> Narben (Ort/Art) |
|---------------------------------|--|--|---|

#### 5. Allgemeines & Lebensstil

Körpergewicht: \_\_\_\_\_ kg Größe: \_\_\_\_\_ cm Blutdruck: \_\_\_\_\_

Alkohol: ☐ Ja ☐ Nein / Wie oft? \_\_\_\_\_

Rauchen: ☐ Ja ☐ Nein / Anzahl pro Tag: \_\_\_\_\_

Ernährung: ☐ Vegetarisch ☐ Vegan ☐ Alles ☐ Andere: \_\_\_\_\_

Wasser: \_\_\_\_\_ Liter/Tag Andere Getränke: \_\_\_\_\_

Zuckerersatzstoffe: ☐ Ja ☐ Nein / Welche: \_\_\_\_\_

Sport: ☐ Ja ☐ Nein / Was & wie oft: \_\_\_\_\_

## 6. Schlaf & Erholung

Schlafdauer: \_\_\_\_\_ Std. Einschlafzeit: \_\_\_\_\_ Uhr Aufstehzeit: \_\_\_\_\_ Uhr

- ☐ Einschlafprobleme    ☐ Durchschlafprobleme    ☐ Unruhe    ☐ Zähneknirschen  
☐ Nachtschweiß

## 7. Medikamente / Vorerkrankungen

Bitte alle aktuell eingenommenen **Medikamente** UND **Nahrungsergänzungsmittel** vollständig eintragen:

Produkt – Dosierung – Einnahmezeitpunkt – Grund der Einnahme


(Bei Platzmangel bitte Extrablatt verwenden.)

**Chronik (KH, OPs, Unfälle):**

0-5 Jahre: \_\_\_\_\_

6-15 Jahre: \_\_\_\_\_

16-25 Jahre: \_\_\_\_\_

26-40 Jahre: \_\_\_\_\_

40+ Jahre: \_\_\_\_\_

## 8. Schmerzen

Benennen Sie bitte die Schmerzorte \_\_\_\_\_

**Schmerzstärke:** 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 (1 = leicht, 10 = unerträglich)

**Häufigkeit:**

- ☐ dauernd    ☐ täglich    ☐ wöchentlich    ☐ unregelmäßig

**Art:**

- ☐ dumpf    ☐ stechend    ☐ ziehend    ☐ krampfartig  
☐ brennend    ☐ drückend    ☐ kalter Schmerz    ☐ warmer Schmerz

Was verschlimmert? \_\_\_\_\_

Was verbessert? \_\_\_\_\_

## 9. Stressbelastung

Haben Sie aktuell das Gefühl, unter Stress zu stehen? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, in welchen Lebensbereichen?

---

Online-Stressfragebogen: <https://praxis-sonnenberger.de/stress-selbsteinschaetzung/>

## 10. Ziel der Behandlung

Was ist Ihr Wunsch an mich? 

---

**Was ist Ihr persönliches Gesundheitsziel?**

Kurzfristig (innerhalb von 1–3 Monaten):

---

Mittelfristig (3–12 Monate):

---

Langfristig (über 1 Jahr hinaus):

---

**Bitte bringen Sie relevante Befunde, Medikamentenlisten und Impfpass spätestens zum Termin mit.**

**Vielen Dank.**