



Naturheilpraxis Jonczyk & Janßen

Fragebogen für Bioresonanz-Patienten

Liebe Patientin, lieber Patient,

Sie haben sich für eine Bioresonanz-Abklärung und/oder -Therapie angemeldet. Sie erleichtern uns die Arbeit, wenn Sie vor Ihrem ersten Termin die folgenden Fragen möglichst genau beantworten.

Sie können das Formular ausdrucken und dann bitte mit einem Kugelschreiber ausfüllen.

Herzlichen Dank für Ihre Mithilfe!

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Adresse: _____ PLZ / Wohnort: _____

Beruf: _____ Tel. privat: _____ Tel. geschäftlich: _____

E-Mail: _____ Ja Nein Sie möchten unsern Newsletter erhalten?

Wer hat uns empfohlen? Oder wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? _____

Welche Beschwerden möchten Sie bei uns behandeln lassen? _____

Seit wann haben Sie diese Beschwerden, wann treten diese auf, wodurch werden sie ausgelöst?

Bei den folgenden Fragen können Sie die jeweils passende Antwort mit einem **X** kennzeichnen.
Wo nötig, bitte ich Sie, ergänzende Angaben machen zu wollen!

Durchgemachte Erkrankungen: Unfälle und Operationen _ Bestrahlungen _ Computertomographien etc. _ (wann?, Details) _____

Erkrankungen: Pfeiffersches Drüsenfieber _ Angina _ Warzen _ Tätowierungen _ Gallenblasen- / Leberprobleme _
Nierenprobleme _ Lungenprobleme _
Narben _ Pilzinfekte _ Prostataentzündungen _ Geschlechtskrankheiten _

Durchgemachte Kinderkrankheiten:
Masern _ Mumps _ Röteln _ Scharlach _ Windpocken _ falscher / echter Croup _ Keuchhusten _ Ringelröteln _
Kinderlähmung _ 3-Tagesfieber _
anderes: _____

Durchgeführte Impfungen: (gegebenenfalls Kopie des Impfausweises beilegen)

Diphtherie _ Tetanus (Starrkrampf) _ Kinderlähmung _ Hirnhautentzündung _ Keuchhusten _ Gelbfieber _ Gelbsucht (Hepatitis A, Hepatitis B) _ Zeckenimpfung _ Tuberkulose _ Grippeimpfung (Jahr? ____) Typhus _ Nebenwirkungen? _____

Früher eingenommene oder jetzt einzunehmende Medikamente (Name und Dosierung) (speziell: Antibiotika, Asthmamittel, Cortison, Hormonpräparate inkl. „Pille“, Krebsmittel)

Nikotin, Alkohol (was, in welchen Mengen?)

Allergien, Unverträglichkeiten (auch Nahrungsmittel)

Sind Allergietests durchgeführt worden? Welches waren die Ergebnisse? Welche Therapien?

Sind in Ihrer Verwandtschaft Fälle bekannt von:

Diabetes _ Tuberkulose _ Krebserkrankungen _ Geschlechtskrankheiten _ psychische Krankheiten _ Andere gehäuft auftretende Erkrankungen? _____

Leiden oder littten Sie an folgenden Symptomen?

Haut: Hautschuppungen _ Rötungen _ Juckreiz _ Nesselsucht _ Pigmentstörungen _ Haarausfall _ Milchschorf _ Haarschuppen _ Nachtschweiss _ vermehrtes Schwitzen _ anderes: _____

Kreislauf: Herzbeschwerden _ Herzklopfen _ Herzrasen anfallsweise _ Herzklemmen _ unregelmäßiger Puls _ Herzrhythmusstörungen _ Dreh-/Schwank-Schwindel _ Bluthochdruck _ niedriger Blutdruck _ kalte Hände / Füße _ anderes: _____

Atmung: Atemnot _ Asthma (jahreszeitlich, wann: _____ Pfeifen _ Giemen _ (Reiz-) Husten _ (mit / ohne Auswurf, Farbe: _____) Räuspern _ Nasenbluten _ Schnarchen _ Heuschnupfen _ (wann? _____) trockene _ verstopfte _ fließende Nase _ Nasennebenhöhlenentzündungen _ Lungenentzündungen _ anderes: _____

Mundhöhle: Aphthen _ Mundgeruch _ Zungenbeläge _ Fieberbläschen _ entzündetes Zahnfleisch _ Zahnfleischbluten _ verfärbtes Zahnfleisch _ Zungenbrennen _ Mundtrockenheit _ Lippenbeläge (morgens) _ anderes: _____

Zähne: Zahnstellungskorrekturen _ Karies _ Zahnfüllungen (Amalgam _ Gold _ Porzellan _ Kunststoff _ andere: _____) Sind Zähne gezogen worden? Welche:
rechts links
oben: 8 _ 7 _ 6 _ 5 _ 4 _ 3 _ 2 _ 1 _ 1 _ 2 _ 3 _ 4 _ 5 _ 6 _ 7 _ 8 _
unten: 8 _ 7 _ 6 _ 5 _ 4 _ 3 _ 2 _ 1 _ 1 _ 2 _ 3 _ 4 _ 5 _ 6 _ 7 _ 8 _

Verdauung: Schluckbeschwerden _ Aufstossen _ Magenbrennen _ Blähungen _ Übelkeit _ Krämpfe / Schmerzen _ (dauernd / anfallsweise, wann? _____), wo ? _____) Windabgang stinkend _ nicht stinkend _ Stuhlgang: regelmäßig _ unregelmäßig _ Wie oft, pro Woche? ____ / Tag? ____ Durchfälle _ Verstopfung _ Blut am / im Stuhl _ Farbe des Stuhles _____ Konsistenz _____ anderes _____

Nerven: Kopfschmerzen: wann, wie häufig, Lokalisation _____
Geschmacksstörungen _ Geruchsstörungen _ Hörstörungen _ Ohrgeräusche _
Schwerhörigkeit _ Sensibilitätsstörungen _ Reizbarkeit _
Stimmungsschwankungen _ Antriebslosigkeit _ rasche Ermüdbarkeit _
Konzentrationsstörungen _ anderes: _____

Bewegung: Nackenverspannungen _ Rückenschmerzen _ wo? _____
Gelenkschmerzen _ welche Gelenke _____
Knochen / Muskelschmerzen _ Muskelschwäche _ Rheuma _
anderes _____

Gynäkologie: unregelmäßige _ schmerzhafte _ starke _ schwache _ Menstruation
Schmerzen beim Eisprung _ Misslaunigkeit um die Menstruation _
Wasseransammlungen _ Schmerzen beim Geschlechtsverkehr _
Vermehrter Ausfluss _ stinkend _ weiss _ klar _
Blutungen nach dem Geschlechtsverkehr _ (ausserhalb der Menstruation)
wiederkehrende Pilzinfektion _ durchgemachte Unterbauchentzündungen _
Blasenentzündungen _ Brustveränderungen _
anderes _____

Hautpflege: benutzte Hautpflegeprodukte _____

Ernährung: vegetarisch _ gemischt _ Vollwert _ Trennkost _ andere _____
Auf welche Nahrungsmittel verzichten Sie? _____
Weshalb? _____
Mikrowelle _ Fertiggerichte _ Fast Food _ Wie häufig? _____
Was und wieviel trinken Sie pro Tag? _____
(Angabe in Litern) _____

Diverses: Infektanfälligkeit _____
Haustiere, welche _____
Reaktionen auf Haustierkontakt _ welche _____
Schmuckunverträglichkeit _ auf welchen _____
Wie ist Ihr Schlaf? gut _ schlecht _ Warum schlecht _____
Schlafen Sie überall gut? ja _ nein _ Wenn nein, warum _____
Sport? ja _ nein _ Wenn ja, welchen _____ wie häufig _____
Handy? ja _ nein _ Wie lange telefonieren Sie pro Tag? _____
TV Konsum? ja _ nein _ Wenn ja, wie lange pro Tag? _____
Was Sie sonst noch sagen wollten: _____

Herzlichen Dank für Ihre Mithilfe.
Diese Ausführungen sind für mich ein wichtiger Bestandteil meiner Anamnese.

_____, den _____

Unterschrift:

Bitte bringen Sie den Fragebogen zur Erstbehandlung mit, oder senden Sie diesen vorab per Post an:

Naturheilpraxis Jonczyk & Janßen
Brigitte Jonczyk Heilpraktikerin
Katharina Janßen M.Sc.- Osteopathie Heilpraktikerin
Bahnhofstraße 24a
26180 Rastede
Tel. 04402 863 90 30 Fax. 04402 863 90 33