

# Fragebogen Praxis Dr. Brigitte Bodmeier

Name, Vorname Patient/in: \_\_\_\_\_

Ausgeübte Tätigkeit \_\_\_\_\_

**Liebe/r Patient/in,**

bitte beantworten Sie folgende Fragen, um unsere ganzheitliche Behandlung zu unterstützen.

**Welche Beschwerden führen Sie zu uns?**

---

---

**Seit wann bestehen die Beschwerden?**

---

**Bisherige Behandlung dieser Beschwerden?**

---

Größe: \_\_\_\_\_ cm, Gewicht: \_\_\_\_\_ kg, Blutgruppe: \_\_\_\_\_  nicht bekannt

**Welche Medikamente nehmen Sie ein?**

---

---

**Welche Vitamine, Mineralstoffe, Nahrungsergänzungsmittel nehmen Sie ein?**

---

---

**Welche Allergien sind bekannt?**

**bitte umkreisen**

Medikamente

Kontrastmittel

Baumpollen

Gräserpollen

Tierhaare

Hausstaubmilbe

Nickel/Modeschmuck

Pflaster

Kosmetika

Lichtallergie

Urtikaria/Nesselsucht

Sonstige

Allergiepass vorhanden ja  nein

**Sind Nahrungsmittel-Unverträglichkeiten bekannt?**

**bitte umkreisen**

Laktoseintoleranz

Fruktoseintoleranz

Histaminintoleranz

Gluten- Unverträglichkeit

Kreuzallergie auf Nahrungsmittel

Sonstige

**Folgen Sie einer speziellen Diät?**

ja

nein

**Wenn ja, bitte umkreisen**

vegetarisch

vegan

glutenfrei

laktosefrei

weizenfrei

sojafrei

glutamatfrei

Sonstige

**Liegen gegenwärtig folgende Haut-/ Schleimhaut- Erkrankungen vor?**

Neurodermitis

Krampfadern/ Varizen

Heuschnupfen

Hämorrhoiden

Asthma

Pilzerkrankung

Ekzem

Herpes

Psoriasis

Aktinische Keratosen

Akne

Heller Hautkrebs

Rosazea

Melanom

Haarausfall

Sonstige

**Allgemeine Vorerkrankungen:**

Herz- Kreislauf- Erkrankung

Neurologische Erkrankung

Atemwegserkrankung

Schlafstörung

Erkrankung Verdauungssystem

Psychische Beeinträchtigung

Erkrankung Muskel- Skelett- System

Tumor/ Krebs

Hormon- Stoffwechselerkrankung

Erkrankung im Urogenitaltrakt

**Sonstige Erkrankungen:**

\_\_\_\_\_

**Operationen, Zeitpunkt:**

\_\_\_\_\_

**Implantat/ Endoprothese:**

\_\_\_\_\_

Vielen Dank!