

HOHE STRASSE 8  
D - 09112 CHEMNITZ  
TEL.: 0049-(0)371 - 33 60 400  
FAX: 0049-(0)371 - 33 60 402  
eMail: Clemens.Hart@t-online.de  
www.naturheilkunde-chemnitz.de  
www.IntegraleNaturmedizin.de  
www.wellness-radionik.de

## CLEMENS HART

Facharzt für Anästhesiologie  
Ernährungsmediziner DAEM/DGEM

AKUPUNKTUR  
HOMÖOPATHIE  
NATURHEILVERFAHREN  
STÖRHERDERKENNUNG UND -BEHANDLUNG

### FRAGEBOGEN FÜR PATIENTEN

Zur Vervollständigung Ihres Bildes dienen die folgenden Fragen. Bitte beantworten Sie diese nach Möglichkeit vollständig. Sollten Sie mehr Platz benötigen, so benutzen Sie bitte ein Beiblatt. Selbstverständlich unterliegen alle Ihre Angaben der ärztlichen Schweigepflicht.

Name:	_____	Vorname:	_____
Straße:	_____	PLZ / Ort:	_____
Geburtsdatum:	_____	Telefon:	_____
Erlerner Beruf:	_____	Krankenkasse:	_____
Jetzige Tätigkeit:	_____	private Zusatzversicherung:	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
		bei priv. Kr.-Versich.: Beihilfe	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein

#### 1. Jetzige Hauptbeschwerden:

Notieren Sie bitte alle Ihre momentanen Hauptbeschwerden, auch deren Beginn, bisherigen Verlauf sowie alle bisherigen Therapien.

---

---

---

#### 2. Eventuelle weitere Erkrankungen und Beschwerden:

Notieren Sie bitte auch alle weiteren Beschwerden, deren Beginn und bisherigen Verlauf.

---

---

---

#### 3. Frühere Erkrankungen und Behandlungen:

Notieren Sie bitte alle **früheren Erkrankungen, insbesondere Allergien, Verletzungen, Knochenbrüche, Operationen, Narben, Piercings, Implantate, Zahnimplantate, größeren Zahnbehandlungen, wurzelbehandelte und tote Zähne.**

---

---

---

#### 4. Kontakt zu Giften (Farben, Lacke, Dämpfe, Spritzmittel, Schwermetalle), Zahnfüllungen mit Amalgam oder Amalgam und Gold, Pille, Spirale, Antibiotika, Cortison, Prednisolon, sogenannte „Schutz-Impfungen“:

---

---

---

#### 5. Bitte notieren Sie alle regelmäßig eingenommenen Medikamente mit Dosierung:

---

---

---

bitte wenden

6. Tragen Sie einen Herzschrittmacher?  ja  nein

7. Gelegentlich eingenommene Medikamente mit Dosierung:

---

---

---

8. Persönliche Vorgeschichte:

Besonderheiten in Ihrer Kindheit, Jugend und bisherigem Lebensweg, Verlust von Partnern oder Angehörigen (Scheidung, Trennung, Beziehungs- oder Familiendramen, Tod) .

---

---

---

---

9. Was raubt Ihnen Energie?

---

9. Arbeiten oder leben Sie in einem Gebäude aus folgenden Materialien?

Ziegel  Stahlbeton  Glas und Stahl

9. Wie viele Stunden pro Woche verbringen Sie in der freien Natur? (Garten, Park, Wald, Feld)

---

10. Familiäre Erkrankungen:

(Vater, Mutter, Großeltern, Geschwister) Besonders wichtig sind bösartige Erkrankungen, Stoffwechselerkrankungen, Erbkrankheiten und seelische Erkrankungen.

---

---

---

11. Wann haben Sie sich das letzte Mal umfassend wohl gefühlt?

---

12. Jetzige Gewohnheiten:

Bitte geben Sie nach Möglichkeit jeweils Menge und Häufigkeit an.

Rauchen Sie noch?  Seit wann nicht mehr?

Trinken Sie Alkohol?

Was essen Sie oft und am liebsten?

Essen Sie Fast-Food oder Fertiggerichte?

Nehmen Sie Schlaftabletten ein?

Wie ist Ihre Arbeitsbelastung und psychische Belastung?

Haben Sie Schlafmangel?

Was haben Sie in letzter Zeit für Ihre Gesundheit getan?

Entspannungstechnik praktiziert  Ernährungsberatung genutzt

Nahrungsergänzungen eingenommen  Körperbewegungsart praktiziert

Vielen Dank. Weitere Informationen erhalten Sie auf den oben genannten Internetseiten unter Downloads.

Sind Sie an neuesten Informationen über Gesundheit und Wohlbefinden per eMail interessiert? Dann können Sie hier Ihre eMail-Adresse angeben und erhalten ausgesuchte Informationen als Newsletter automatisch zugesandt:

eMail: \_\_\_\_\_