

Dr. med. Bernd Seitz
Praxis für Naturheilkunde und Integrative Medizin

Name:	Vorname:	Geb.-Datum.:
PLZ, Ort:	Str.:	Nr.:
Tel.:	Mobil:	Email:
Beruf:	Branche:	Familienstand:
Krankenkasse:	Zuatzversicherung:	Blutgruppe:

Bitte geben Sie die Namen und Geburtsdaten Ihres/Ihrer Kinder an:
Welche Beweggründe führten Sie in unsere Praxis?
Arbeiten oder arbeiteten Sie mit toxischen (giftigen) Substanzen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, z.B.:

Beschwerden: Bitte geben Sie den Zeitraum an, damit wir die einzelnen Beschwerden in einen Zusammenhang bringen können.

<input type="checkbox"/> Herzbeschwerden	<input type="checkbox"/> Tuberkulose	<input type="checkbox"/> Gicht
<input type="checkbox"/> Herzstolpern	<input type="checkbox"/> Diphtherie	<input type="checkbox"/> Rheumatisches Fieber
<input type="checkbox"/> Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/> Typhus, Paratyphus, Ruhr	<input type="checkbox"/> Nervöse Beschwerden
<input type="checkbox"/> Herzstiche	<input type="checkbox"/> Blasenkrankung	<input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung
<input type="checkbox"/> Herzrasen	<input type="checkbox"/> Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/> Mumps
<input type="checkbox"/> Herzdruck	<input type="checkbox"/> Gallensteine	<input type="checkbox"/> Keuchhusten
<input type="checkbox"/> Hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/> Gallenleiden	<input type="checkbox"/> Röteln
<input type="checkbox"/> Krampfadern/Thrombose	<input type="checkbox"/> Blut im Stuhl	<input type="checkbox"/> Scharlach
<input type="checkbox"/> Bronchitis	<input type="checkbox"/> Hämorrhoiden	<input type="checkbox"/> Masern
<input type="checkbox"/> Lungenentzündung	<input type="checkbox"/> Magenschmerzen	<input type="checkbox"/> Windpocken
<input type="checkbox"/> Rippenfellentzündung	<input type="checkbox"/> Magengeschwüre	<input type="checkbox"/> Gürtelrose (wo?)
<input type="checkbox"/> Rippenfellerguss	<input type="checkbox"/> Bauchschmerzen	<input type="checkbox"/> Allergische Hauterkrankungen
<input type="checkbox"/> Keuchhusten	<input type="checkbox"/> Gelbsucht	<input type="checkbox"/> Sensible Haut
<input type="checkbox"/> Asthma	<input type="checkbox"/> grüner Star, Glaukom	<input type="checkbox"/> Hautleiden
<input type="checkbox"/> Heuschnupfen		

<input type="checkbox"/> Allergien/Unverträglichkeiten:
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche:

Dr. med. Bernd Seitz
Praxis für Naturheilkunde und Integrative Medizin

Wurden Sie schon einmal operiert? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> am Blinddarm <input type="checkbox"/> an den Mandeln <input type="checkbox"/> an: <input type="checkbox"/> am: Gründe:	Gab es Komplikationen bei einer Operation? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja folgende:
Wie verheilen Ihre Narben? <input type="checkbox"/> problemlos <input type="checkbox"/> mit Heilungsstörungen <input type="checkbox"/> mit Restbelastungen im Narbengebiet	Wo haben Sie und seit wann (Jahreszahl): <input type="checkbox"/> Operationsnarben <input type="checkbox"/> Stichnetnarben <input type="checkbox"/> Brandnarben <input type="checkbox"/> Sonstige Narben
Hatten Sie Unfälle? Wann?..... <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> mit Schleudertrauma <input type="checkbox"/> mit Gehirnerschütterung	Haben Sie Beschwerden durch einen Unfall? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, in Form von:

Neigen oder neigten Sie zu:

<input type="checkbox"/> Bronchitiden	im Zeitraum:	
<input type="checkbox"/> Herpesbläschen	wie oft?:	<input type="checkbox"/> an den Lippen <input type="checkbox"/> im Genitalbereich
<input type="checkbox"/> Kopfschmerzen	wie oft?:	<input type="checkbox"/> im Hinterkopf <input type="checkbox"/> im Stirnbereich <input type="checkbox"/> im Schläfenbereich
	im Zusammenhang	<input type="checkbox"/> mit Stress <input type="checkbox"/> am Wochenende <input type="checkbox"/> mit der Periode <input type="checkbox"/> Sonstiges:
<input type="checkbox"/> Migräne	Uhrzeit:	Was tun Sie dagegen? Was passiert, wenn Sie nichts tun?
<input type="checkbox"/> Mandelentzündung		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> Infekten		<input type="checkbox"/> mehr bakteriell <input type="checkbox"/> mehr durch Viren <input type="checkbox"/> Infekte enden mit eitrigem Ausschnauben, das Tage anhält
<input type="checkbox"/> Nasennebenhöhlen-entzündung		<input type="checkbox"/> Druckgefühl im Wangenbereich <input type="checkbox"/> Druckgefühl im Stirnbereich <input type="checkbox"/> habe öfter das Gefühl, etwas herunterzuschlucken zu müssen
<input type="checkbox"/> Verdauungsstörungen	Stuhlgang: mal am Tag	<input type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/> Verstopfung <input type="checkbox"/> Blut im Stuhl <input type="checkbox"/> sehr dunklem Stuhl <input type="checkbox"/> Blähungen <input type="checkbox"/> Völlegefühl <input type="checkbox"/> Sodbrennen <input type="checkbox"/> saurem Aufstoßen
<input type="checkbox"/> allergische Reaktionen	von: bis:	<input type="checkbox"/> Heuschnupfen, dabei <input type="checkbox"/> sind die Augen befallen <input type="checkbox"/> trat Atemnot auf <input type="checkbox"/> der Haut, Symptome:

Dr. med. Bernd Seitz
Praxis für Naturheilkunde und Integrative Medizin

Bitte ergänzen Sie:

Diese Nahrungsmittel vertrage ich schlecht:
Diese Nahrungsmittel sind mir zuwider:
Ich habe oft/ständig Heißhunger auf:
Auf diese Nahrungsmittel reagiere ich allergisch mit folgenden Symptomen:

Meine Leberbefunde waren auffällig: <input type="checkbox"/> im Jahre <input type="checkbox"/> sie sind normal seit
Ich habe Leber- oder Gallenbeschwerden: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Ich wache nachts oft zu diesen Uhrzeiten auf:
Wenn ich morgens aufwache, fühle ich mich:

Haben Sie viel Bewegung? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja und zwar:
Betreiben Sie Sport? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein wenn ja: <input type="checkbox"/> Hobby <input type="checkbox"/> Leistungssport
Welche Sportarten betreiben Sie?
Wie oft in der Woche und wie lange jeweils?
Haben Sie Beschwerden am Bewegungsapparat? <input type="checkbox"/> an der Wirbelsäule <input type="checkbox"/> an den Gelenken <input type="checkbox"/> an der Hüfte

Dr. med. Bernd Seitz
Praxis für Naturheilkunde und Integrative Medizin

Sind Ihnen aus Ihrer Familie schwerwiegende Erkrankungen bekannt?

z.B.: Diabetes, Herzerkrankungen, Gicht, Nervenleiden, Tuberkulose, Krebs, Suchtkrankheiten

Vater:	Mutter:
Brüder:	Schwestern:
Großeltern:	Verwandte 1. Grades:

Gab es bei Ihnen vorgeburtliche Komplikationen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja und zwar:
Gab es Probleme während Ihrer Geburt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja und zwar:
Wurden Sie gestillt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Monate
Gab es im Baby-, Kleinkindalter besondere Auffälligkeiten? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Milchschorf <input type="checkbox"/> hohe Infektanfälligkeit <input type="checkbox"/> Sonstiges:

Dr. med. Bernd Seitz
Praxis für Naturheilkunde und Integrative Medizin

Zahnärztliche Fragen:

Wie häufig gehen Sie zum Zahnarzt? <input type="checkbox"/> ½-jährlich <input type="checkbox"/> jährlich <input type="checkbox"/> längere Abstände	Können Sie mir Ihr letztes Zahn-Röntgenbild kurzfristig überlassen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wie viele Amalgamfüllungen haben Sie? <input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> FüllungenStck. i.d. SchneidezähnenStck. i.d. EckzähnenStck. i.d. BackenzähnenStck. i.d. Weisheitszähnen	Fehlen Ihnen außerdem noch Zähne? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, folgende:
Wann bekamen Sie die 1. Amalgamfüllung? Im Jahr.....	Haben Sie tote Zähne? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, folgende:
Ließen Sie Ihr Amalgam entfernen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, ...	Haben Sie Zahnschmerzen ohne einen für den Zahnarzt ersichtlichen Grund? Beschreiben Sie den Schmerz: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wo?:
Wie lange dauerte die Amalgamsanierung? Von..... bis	Haben Sie (bitte mit Materialangabe): <input type="checkbox"/> Goldkronen <input type="checkbox"/> Goldinlays <input type="checkbox"/> Brückenkonstruktionen <input type="checkbox"/> Inlays <input type="checkbox"/> Implantate
Wurde eine Begleittherapie bei der Amalgamsanierung durchgeführt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, folgende:	Welche Weisheitszähne fehlen Ihnen? <input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> unten rechts <input type="checkbox"/> unten links <input type="checkbox"/> oben rechts <input type="checkbox"/> oben links
Wurde Ihr Kiefer schon einmal bissreguliert? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, im Jahr	Knirschen Sie mit den Zähnen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

Dr. med. Bernd Seitz
Praxis für Naturheilkunde und Integrative Medizin

Zusatzfragen für MÄNNER:

Haben oder hatten Sie schon einmal eine <input type="checkbox"/> Prostataerkrankung <input type="checkbox"/> der ableitenden Samengänge <input type="checkbox"/> sonst eine Erkrankung im kleinen Becken <input type="checkbox"/> der Harnleiter? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, im Jahre..... Bitte beschreiben Sie die Krankheit genauer:
--

Zusatzfragen für FRAUEN:

Hatten Sie Schwangerschaften?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (bitte Zeitangabe):
Wie verkräfteten Sie die Schwangerschaften?	<input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> schwer
Gab es Auffälligkeiten in der Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja und zwar:
Konnten Sie stillen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wie lange stillten Sie?	
Erholten Sie sich schnell von der Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Haben Sie regelmäßig Ihre Menstruation?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Haben Sie Menstruationsbeschwerden?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja und zwar:
Gibt es zyklisch wieder kehrende Auffälligkeiten während der Periode?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja und zwar:
Wie alt waren Sie bei der ersten Regel? Jahre alt
Wie alt waren Sie bei der letzten Regel? Jahre alt
Haben Sie klimakterische Erscheinungen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja und zwar:
Nehmen Sie Hormonpräparate?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja und zwar:
Nehmen Sie die Pille?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, das erste Mal mit Jahren <input type="checkbox"/> ja, das letzte Mal mit Jahren
Tragen Sie eine Spirale?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit: Material:
Hatten Sie früher einmal eine Spirale?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, von bis

Dr. med. Bernd Seitz
Praxis für Naturheilkunde und Integrative Medizin

Sonstige Fragen zu Ihrer Person:

Haben Sie Schwierigkeiten mit Ihrem Partner? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Haben Sie Schwierigkeiten mit Ihrer Familie? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Fühlen Sie sich häufig einsam? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Fühlen Sie sich häufig unzufrieden? (Haushalt, Beruf, Umfeld?) <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Haben Sie in Ihrem Leben zu wenig Erfolg gehabt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Trinken Sie regelmäßig Alkohol? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Rauchen Sie oder haben Sie früher geraucht? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Nehmen oder nahmen Sie Drogen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Nehmen oder nahmen Sie regelmäßig Medikamente? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, folgende:	Gab es in Ihrem Leben eine außergewöhnliche seelische Belastung? z.B. Scheidung, Tod eines Angehörigen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

Dürfen wir Ihnen als besonderen Service neueste wissenschaftliche Erkenntnissen zur Gesundheit und Vorsorge sowie aktuellen Praxisinformationen per E-Mail zusenden?

ja / nein

Vielen Dank für Ihre Mühe und Geduld bei der Beantwortung dieses umfangreichen Fragebogens. Je genauer Sie die Zeitangaben gemacht haben, desto besser kann ich die ursächlichen Zusammenhänge Ihrer Erkrankung erkennen. Daraus ergibt sich ein Bild, welche Wechselwirkungen in Ihrem Körper aufgetreten sein könnten.

Bei dem Erstuntersuchungstermin haben Sie im Anamnese-Gespräch Gelegenheit eventuell noch unklare Bereiche zu erörtern. Vorab schon mal ganz herzlichen Dank für Ihre schriftlichen Ausführungen, die den Erstkontakt sehr viel effektiver gestalten.

Einwilligung zur Datenerhebung, -verarbeitung und -speicherung

Ich stimme hiermit der Erhebung, Verarbeitung und Speicherung meiner personenbezogenen Daten für den Zweck der Beratung, Untersuchung, Behandlung, Abrechnung, Übermittlung von Termin- und Gesundheitsinformationen durch die Praxis zu. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO). Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO).

Ort, Datum

Unterschrift