



dr. susanne **steindl**

FRAGEBOGEN | IHRE THERAPIE

Ihre Angaben auf diesem Fragebogen dienen lediglich einer individuellen Therapieplanung. Nehmen Sie sich bitte genügend Zeit und beantworten Sie die Fragen möglichst vollständig. Sie werden von uns innerhalb weniger Tage bezüglich einer Terminvereinbarung kontaktiert. Bitte nehmen Sie eventuell erhaltene Befunde zur Erstkonsultation mit.

NAME _____ VORNAME _____
STRASSE + HAUSNUMMER _____
PLZ + ORT _____
TELEFON _____ E-MAIL _____
GEWICHT _____ GRÖSSE _____
GEBURTSDATUM _____

1. An welchen Krankheiten und/oder Störungen bezüglich Ihres Wohlbefindens leiden Sie und seit wann?

2. Was ist Ihr Hauptproblem?



dr. susanne **steindl**

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 10. Schlafstörung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Amalgamfüllung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Wurzelbehandelte Zähne | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Herz/ Kreislaufbeschwerden | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Atemnot/Asthma | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Pilzerkrankungen | | <input type="checkbox"/> |
| 16. Hormonelle Störungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. Störungen im Blasen/ Nierenbereich | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. Erbrechen, Übelkeit, Blähungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. Gelenksprobleme, Weichteilprobleme | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. Rückenschmerzen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21. Unruhe, Konzentrationsstörung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22. Psychische Probleme/Belastung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23. Spezielle Diät/Kostform | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Wenn ja welche

23. Weiblicher Zyklus

PMS

Regelmäßig/ Tage

Regelschmerzen

Geburten