

Ayurvedischer Fragebogen

Bitte den Fragebogen vor der Konsultation ausfüllen. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Name	Vorname	
Straße	PLZ	Ort
Telefon	E-Mail	
Geburtsdatum	Körpergröße	Körpergewicht
Familienstand	Kinder	Tätigkeit

Welche gesundheitliche Beschwerden / Probleme haben Sie derzeit?

Leiden Sie unter chronischen Beschwerden?

Hatten Sie Operationen oder Unfälle? Welche? Wann?

Gibt es in Ihrer Familie (besonders bei Mutter, Vater oder Geschwistern) Erkrankungen, z.B. Diabetes, Herzkrankheiten, Krebs, Schlaganfall, Parkinson, hoher Blutdruck, etc?

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? Welche?



Ayurveda-Mediziner | Bachelor of Ayurvedic Medicine

Telefon +49 (0) 173 | 24 56 533 • info@ayurveda-bandara.com • www.ayurveda-bandara.com

Haben Sie irgendwelche Allergien oder sind Nahrungsunverträglichkeiten bekannt?

Nehmen Sie gelegentlich oder regelmäßig:

Nikotin

Alkohol

Drogen

Leiden Sie unter einer der folgenden Erkrankungen? Wenn ja, seit wann?

Tuberkulose

HIV

Hepatitis

Pilzerkrankungen

Herpes Zoster

Sexuell übertragbare Krankheiten

Für Frauen:

Leiden oder litten Sie unter gynäkologischen Beschwerden (z.B. Menstruationsstörungen, klimaktersiche Beschwerden, Zysten, Polypen, etc.)?

Wann war die letzte Periode? Besteht die Möglichkeit, dass Sie schwanger sind?

Bitte bringen Sie vorhandene Laborwerte und andere Befunde mit. (möglichst nicht älter als 6 Monate)

Datum, Unterschrift