



**Liebe Patientin, lieber Patient,**

je mehr ich über Sie erfahre, desto besser kann ich mich auf Ihren Besuch vorbereiten und Sie gesundheitlich unterstützen. Eine sorgfältige Diagnostik ist für mich die Grundlage, ein für Sie bestmögliches Behandlungskonzept zusammenzustellen. Füllen Sie daher bitte diesen Fragebogen aus und bringen ihn zu Ihrem Besuch mit.

Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!

Ihr Dr. med. M. Lotfi

**Ganzheitlicher Fragebogen:**

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Straße, Hausnr. \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Mobil \_\_\_\_\_

Beruf \_\_\_\_\_

Krankenkasse \_\_\_\_\_

Größe (cm) \_\_\_\_\_ Gewicht (kg) \_\_\_\_\_

Familienstand:

Ledig  Verheiratet  Getrennt lebend/geschieden  Verwitwet  Kinder (Anzahl, Alter)

Wie sind Sie auf mich aufmerksam geworden?

\_\_\_\_\_

Welches Anliegen führt Sie zu mir? Was erwarten Sie von meiner Behandlung?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Welche Medikamente und/oder Nahrungsergänzungsmittel nehmen Sie zurzeit ein?

\_\_\_\_\_

Haben Sie in letzter Zeit Antibiotika eingenommen und wenn ja, welche?

\_\_\_\_\_

## Praxis für Ganzheitliche Medizin

Dr.med. Mohsen Lotfi

Krummestrasse 12

10585 Berlin-Charlottenburg



- |   |                             |                               |                               |
|---|-----------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| Haben Sie aktuell Schmerzen?<br>Auf einer Skala 1 (gar nicht) bis 10 (sehr stark) | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | Wie stark?                    |
| Sind Sie Raucher?   | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | Seit wann?<br>Zigaretten/Tag? |
| Trinken Sie Alkohol?  | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | Wieviel?                      |
| Nehmen Sie Drogen?  | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | Was?<br>Wie oft?              |
| Haben Sie Tattoos, Piercings?   | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |                               |
| Machen Sie Sport?   | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | Was?<br>Wie oft?              |
| Ernähren Sie sich vegetarisch oder vegan?   | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | Seit wann?                    |
| Können Sie gut ein- bzw. durchschlafen?   | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | Gründe?                       |
| Wieviel Stunden schlafen Sie täglich?   |                             |                               | Anzahl?                       |
| Frauen: Sind Sie schwanger?   | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |                               |
| Frauen: Stillen Sie?  | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |                               |

Erkrankungen in der Familie (bei Mutter, Vater, Geschwistern):

- Bluthochdruck
- Diabetes
- Herzinfarkt
- Schlaganfall
- Krebserkrankung (welche?)
- Allergien/Neurodermitis/Asthma
- Depression/Nervenleiden
- Sonstige (bitte nennen)

Welche Erkrankungen gibt oder gab es bei Ihnen selbst:

- Bluthochdruck
- Diabetes
- Herzinfarkt
- Schlaganfall
- Krebserkrankung (welche?)
- Allergien/Neurodermitis/Asthma
- Depression/Nervenleiden
- Sonstige (bitte nennen)

### Organ-spezifische Fragen:

#### Augen:

- |   |                             |                               |            |
|---|-----------------------------|-------------------------------|------------|
| Tragen Sie eine Brille?                   | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | Seit wann? |
| Hatten Sie Eingriffe/Operationen am Auge? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | Wann?      |



**Ohren:**

- Leiden Sie unter einer chronischen Mittelohrentzündung?  Ja  Nein Seit wann?
- Leiden Sie unter Ohrensausen/Tinnitus?  Ja  Nein Seit wann?
- Hatten Sie einen Hörsturz?  Ja  Nein Seit wann?

**Nase/Nasennebenhöhlen:**

- Leiden Sie unter chronischem Schnupfen?  Ja  Nein Seit wann?
- Leiden Sie unter Heuschnupfen?  Ja  Nein Seit wann?
- Haben Sie Nasenpolypen?  Ja  Nein Seit wann?
- Hatten Sie Eingriffe/Operationen an der Nase?  Ja  Nein Wann?

**Zähne (Zutreffendes bitte ankreuzen):**

Haben Sie Füllungen aus..? <i>Kunststoff...</i>	<input type="checkbox"/> Amalgam	<input type="checkbox"/> Gold	<input type="checkbox"/> Keramik
Haben Sie... ?	<input type="checkbox"/> Kronen	<input type="checkbox"/> Implantate	<input type="checkbox"/> Brücke
Ihre Weisheitszähne sind...	<input type="checkbox"/> noch nicht durchgebrochen	<input type="checkbox"/> querliegend	<input type="checkbox"/> entfernt
Haben Sie tote Zähne/ Wurzelfüllungen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Wie viele?
Hatten Sie eine Kieferoperation?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Wann?
Tragen Sie eine Zahnschiene?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Haben Sie eine aktuelle Röntgenaufnahme/OPG?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Von wann?
Ihr letzter Zahnarztbesuch war ...	Am:	Bei:	

**Mandeln:**

- Hatten Sie in der Kindheit häufig Mandelentzündungen?  Ja  Nein
- Hatten Sie eine Mandeloperation?  Ja  Nein Wann?

**Schilddrüse:**

- Haben Sie eine Schilddrüsenerkrankung (Unter-, Überfunktion, Hashimoto..)?  Ja  Nein Seit wann?
- Nehmen Sie Schilddrüsen-Medikamente ein?  Ja  Nein Dosierung?

**Leber, Galle, Bauchspeicheldrüse:**

- Haben Sie Gallensteine?  Ja  Nein Seit wann?
- Haben Sie eine Lebererkrankung (z.B. Hepatitis)?  Ja  Nein Seit wann?
- Hatten Sie eine Operation (Leber, Galle)?  Ja  Nein Wann?

## Praxis für Ganzheitliche Medizin

Dr.med. Mohsen Lotfi

Krummestrasse 12

10585 Berlin-Charlottenburg



### Herz, Lunge, Kreislauf, Gefäße:

- |   |                             |                               |            |
|---|-----------------------------|-------------------------------|------------|
| Leiden Sie unter Bluthochdruck?   | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | Seit wann? |
| Leiden Sie unter Herzrhythmusstörungen?   | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | Seit wann? |
| Haben Sie einen Herzfehler?   | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | Seit wann? |
| Hatten Sie einen Herzinfarkt?   | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | Wann?      |
| Hatten Sie eine Herzmuskelentzündung?   | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | Wann?      |
| Haben Sie einen Herzschrittmacher?  | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | Seit wann? |
| Haben Sie eine künstliche Herzklappe?   | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | Seit wann? |
| Leiden Sie unter Blutergüssen ohne Verletzung, häufigem Nasenbluten, Gerinnungsstörungen? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | Seit wann? |
| Haben Sie ein Venenleiden?  | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | Seit wann? |
| Haben Sie Asthma?   | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | Seit wann? |
| Leiden Sie unter chronischer Bronchitis, COPD, Tuberkulose, Luftnot etc.?                 | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | Seit wann? |
| Haben Sie ein angeborenes Lungenleiden?   | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | Seit wann? |

### Magen-Darm:

- |   |                             |                               |                 |
|---|-----------------------------|-------------------------------|-----------------|
| Sind bei Ihnen Magengeschwüre bekannt?                                | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | Seit wann?      |
| Leiden Sie unter Darmproblemen (Verstopfung, Durchfall, Blähungen..)? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | Seit wann?      |
| Haben Sie eine Darmerkrankung?  | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | Seit wann?      |
| Hatten Sie eine Operation (Magen, Darm)?                              | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | Wann?           |
| Wurde bei Ihnen eine Magen- und/oder Darmspiegelung durchgeführt?     | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | Wann? Ergebnis? |

### Nieren, Blase:

- |  |                             |                               |            |
|--|-----------------------------|-------------------------------|------------|
| Sind bei Ihnen Nierensteine bekannt?                     | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | Seit wann? |
| Haben Sie eine Nierenerkrankung? Müssen Sie zur Dialyse? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | Seit wann? |
| Leiden Sie unter häufigen Blasenentzündungen?            | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | Wie oft?   |
| Haben Sie eine chron. Blasenkrankung?                    | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | Seit wann? |
| Hatten Sie eine Operation (Nieren, Blase)?               | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | Wann?      |

### Haut, Narben:

- |  |                             |                               |            |
|--|-----------------------------|-------------------------------|------------|
| Leiden Sie an Hauterkrankungen (z.B. Neurodermitis, Schuppenflechte...)? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | Seit wann? |
| Haben Sie Körpermnarben (Blinddarm, Kaiserschnitt...)?                   | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | Seit wann? |
| Neigen Sie zu starker Narbenbildung?                                     | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |            |

**Praxis für Ganzheitliche Medizin**

Dr.med. Mohsen Lotfi  
Krummestrasse 12  
10585 Berlin-Charlottenburg



**Knochen, Gelenke:**

- |  |                             |                               |            |
|--|-----------------------------|-------------------------------|------------|
| Hatten Sie Knochenbrüche?  | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | Wo?        |
| Ist bei Ihnen Osteoporose bekannt?   | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | Seit wann? |
| Sind Sie an Gelenken oder Bandscheibe operiert oder hatten eine Knie-Spiegelung? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | Wann?      |
| Leiden Sie an rheumatischen Erkrankungen oder chronischen Gelenkleiden?          | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | Seit wann? |
| Sind Sie in orthopädischer Behandlung?   | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | Wo?        |

**Psyche:**

- |  |                             |                               |            |
|--|-----------------------------|-------------------------------|------------|
| Leiden Sie an seelischen Erkrankungen (Depressionen, Ängste...)? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | Seit wann? |
| Hatten Sie traumatische Erlebnisse?                              | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | Wann?      |

**Ernährung:**

- Wie viel und was trinken Sie am Tag?  
Wie viele Mahlzeiten essen Sie am Tag? Wann?  
Sind Unverträglichkeiten bekannt? Wenn ja, welche  
Wie oft konsumieren Sie Zucker:

- Weißmehlprodukte:
- Süßigkeiten:
- Fertiggerichte:
- Softdrinks oder andere Säfte:
- Fleisch, Wurst:
- Fisch:
- Milchprodukte:
- Obst:
- Gemüse:
- Hülsenfrüchte:
- Nüsse:
- Sonnenblumenöl oder andere Ölsorten:

---

Datum    Unterschrift    Patient