



Naturheilpraxis Felix Scheffel

Kirschäckerweg 22
Tel: 089/12301067
www.felixscheffel.de

81247 München
Mobil: 0163/4206730
praxis@felixscheffel.de



Patientendatenblatt

Datum: _____

Vorname / Name: _____ Geburtsdatum & Ort: _____

Straße: _____ PLZ/Wohnort: _____

Telefon/Mobil: _____ Email: _____

Name der Versicherung (Privat) _____ oder Selbstzahler: Bar Überweisung

Beruf / Berufung: _____ Empfohlen durch: _____

Was sind Ihre Beschwerden? _____

Was möchten Sie gerne ändern? _____

Wie ist Ihre momentane Lebenssituation? (Gesundheit, Beruf, Familie...) _____

Was für Ziele und Wünsche haben Sie für Ihr Leben, was möchten Sie noch erfahren? _____

Was macht Sie glücklich? _____

Was verursacht Stress in Ihrem Leben? _____

Gesamtstresslevel 0-10: _____

Stress durch → Arbeit 0-10: ___ Familie 0-10: ___ Beziehung 0-10: ___ Mit mir Selbst 0-10: ___

körperliche Beschwerden 0-10: ___ Geldmangel 0-10: ___ Veränderungswunsch 0-10: ___ Negativität 0-10: ___

Probleme mit → Verdauung 0-10: ___ Schweiß 0-10: ___ Niere 0-10: ___ Schleim 0-10: ___ Hormone 0-10: ___

Herz 0-10: ___ Atem 0-10: ___ Haut 0-10: ___ Schlaf 0-10: ___ Allergien 0-10: ___ Eigenverantwortung: 0-10: ___

Größe: _____ Gewicht: _____ Blutdruck: _____ Puls: _____ Blutgruppe: _____

Medikamente: _____

Zahl der Unfälle: _____ Zahl der starken Infektionen: _____ Entfernte Organe: _____

Zigaretten/Tag: _____ Alkoholische Getränke/Tag: _____ Kaffee/Schwarztee/Tag: _____

Zuckerprodukte/Tag: _____ Wasser/Tag (Liter): _____ Sport/Woche: _____

Ernährungsart(zB. Gutbürgerlich/Bio/Vegetarisch/Vegan): _____

Zahl der emotionalen Verletzungen (Trennungen, Todesfälle, Konflikte etc.) _____

Wann geht es Ihnen besser und was machen Sie da?:

Wann geht es Ihnen schlechter und was machen Sie da?:

Ungelöste mentale und emotionale Faktoren:

Notizen: _____

