



Imkerei Hoffmann

Fragebogen zur Vorbereitung einer Bienenstockluft-Therapie (Apitherapie)

Liebe Patientin, Lieber Patient,

In der Naturheilkunde ist die gründliche Erhebung des Gesundheitszustandes von großer Bedeutung. Der Behandlungsansatz ist ganzheitlich angelegt, um mögliche Verbindungen und Ursachen für Gesundheitsstörungen zu ergründen.

Daher sind wir auf Ihre aktive Mithilfe angewiesen. Je genauer und umfassender Ihre Informationen sind, umso besser können wir uns auf Sie vorbereiten und diagnostizieren.

Bitte füllen sie den Fragebogen daher so gut wie möglich aus und schicken sie den Fragebogen vor ihren Termin per Post oder E-Mail zu. Vielen Dank!

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ - Ort: _____

Anschrift: _____

Telefonnummer: _____

1. Ihre momentanen Beschwerden, weswegen Sie zu uns kommen?

2. Zu Ihrer Person.

Größe: _____. Körpergewicht: _____. Raucher: ☐ Ja ☐ Nein

3. Haben Sie bereits in der Vergangenheit Bienenstock-Luft angewendet?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, wie oft? _____

Kam es dabei zu Beschwerdeverbesserung? ☐ Ja ☐ Nein

4. Welche Allergien liegen vor? Bitte ankreuzen:

- | | | |
|---------------------------------------|--|--|
| ☐ Heuschnupfen | ☐ Tierhaare | ☐ Hausstaub |
| ☐ Penicillin | ☐ Lidocain | ☐ Acetylsalicylsäure
(z.B Aspirin) |
| ☐ Pollen | ☐ Milben | |
| ☐ Metalle | ☐ Bienen-/Wespenstichallergie | |

☐ Nahrungsmittel, bitte benennen: _____

☐ Sonstige Allergien, bitte benennen: _____

☐ Reaktion nach Impfungen

5. welche Vorerkrankungen sind bekannt? Bitte ankreuzen:

- | | | |
|---|---|---|
| ☐ Bluthochdruck | ☐ Diabetes mellitus | ☐ Morgenerkrankung |
| ☐ Tumorerkrankungen | ☐ Nierenerkrankungen | ☐ Hauterkrankungen |
| ☐ Rheuma | ☐ Lungenerkrankungen
(Asthma, COPD,
Lungenembolie usw) | ☐ Herzerkrankungen
(Herzinfarkt, Herz-
muskelschwäche usw) |
| ☐ Depression | ☐ Gicht | ☐ Lebererkrankung |
| ☐ Schilddrüsenerkrankung | ☐ Tuberkulose | ☐ Schlaganfall |
| ☐ Neurologische Erkrankungen (z.B Epilepsie) | | |

☐ Sonstige Erkrankungen: _____

6. Nehmen Sie gegenwärtig Medikamente ein? ☐ Ja. ☐ Nein

Wenn ja, welche (z.B Pille, Ass, Falithrom; bitte auch Sprays und Inhalationsmittel angeben).

Bitte Medikamentenplan beifügen!

Medikament	Morgens	Mittags	Abends	zur Nacht	bei Bedarf

Mail: markus@pbh-net.de

Datum, Unterschrift: _____

Inhaber Therapiestation:

Imkerei Hoffmann
In der Weiding 24
Mob: 0160/7643018.