

Ganzheitlicher Gesundheitsfragebogen

Liebe Patientin, lieber Patient!

Je mehr ich über Sie erfahre, desto besser kann ich mich auf Ihren Besuch vorbereiten und Sie gesundheitlich unterstützen. In diesem Sinne bitte ich Sie, den Bogen auszufüllen und ihn mir frühzeitig zukommen zu lassen. Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!

Name:	Vorname:	Geb.-Datum:
Ggf. Gesetzl. Vertreter:		
E-Mail:	Tel. Festnetz:	Mobil:
Krankenkasse:	Größe:	Gewicht:
Hausarzt:		

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

☐ Überweisung durch: ☐ auf Empfehlung von:
 Internet über: ☐ Ärztebewertungsportale ☐ Praxishomepage ☐ Sonstiges:

Welches Anliegen führt Sie zu mir?

Erkrankungen der Familie:	Mutter	Vater	Geschwister
Bluthochdruck	☐	☐	☐
Diabetes	☐	☐	☐
Herzinfarkt	☐	☐	☐
Schlaganfall	☐	☐	☐
Krebserkrankung (welche?)	☐	☐	☐
Neurodermitis/ Allergie/ Asthma	☐	☐	☐
Depression/ Nervenleiden	☐	☐	☐

Erkrankungen der Familie:	Mutter	Vater	Geschwister
Andere wichtige Erkrankungen:			

Mutter verstorben?	☐ nein ☐ ja	Wann?	Alter?
Woran?			

Vater verstorben?	☐ nein ☐ ja	Wann?	Alter?
Woran?			

Welche Erkrankungen gab oder gibt es bei Ihnen selbst und (seit) wann?

☐ Bluthochdruck	seit:	☐ Schilddrüsenerkrankung	seit:
☐ Herzinfarkt		☐ Nierenerkrankung	seit:
☐ Koronare Herzkrankheit		☐ Chron. Darmerkrankung	seit:
☐ Schlaganfall		☐ Lebererkrankung	seit:

☐ Herzrhythmusstörungen	seit:	☐ Rheuma	seit:
☐ Thrombose		☐ Hörsturz/ Tinnitus	seit:
☐ Lungenembolie		☐ Depression/ Nervenleiden	seit:
☐ Diabetes mellitus	seit:	☐ Neurodermitis	seit:
☐ Asthma	seit:	☐ Heuschnupfen	seit:
☐ COPD/ Emphysem	seit:	☐ Andere Allergien	seit:
☐ Reizdarm	seit:	☐ Der letzte Allergietest	(Jahr)
☐ Krebserkrankung Wenn ja: welcher Art?			

Welche anderen Erkrankungen gibt oder gab es bei Ihnen noch und (seit) wann? (Bei Bedarf nutzen Sie Seite 5)

.....

.....

Gab es bedeutsame Operationen, Unfälle oder Verletzungen, insbesondere der Halswirbelsäule (Wann? Was?):

.....

Gab es bei früheren Laboruntersuchungen einmal Auffälligkeiten?

☐ noch nie oder ☐ auffällig waren schon mal die:

☐ Leberwerte	☐ Nierenwerte
☐ Blutzuckerwerte	☐ Cholesterin
☐ Entzündungswerte	☐ Eisenmangel
☐ Blutarmut	☐ Schilddrüsenwerte

Infektanfälligkeit

Grippe/Erkältung o. ä.: in den letzten 5 Jahren durchschnittlich mal pro Jahr.

Blasenentzündungen: in den letzten 5 Jahren durchschnittlich mal pro Jahr.

Antibiotikabehandlungen: (egal ob bei Erkältung, Blasenentzündung, Zahnproblemen, Operationen ...)

In Ihren **ersten (!) 5 Lebensjahren** insgesamt: mal In den letzten **10 Jahren** insgesamt: mal

Rauchgewohnheiten:

☐ Ich bin Nichtraucher	☐ immer schon	☐ seit Jahren
☐ Ich rauche durchschnittlich etwa Zigaretten pro Tag	☐ früher rauchte ich Zigaretten pro Tag	

Veränderung Ihres Körpergewichts:

Ich habe in den letzten 10 Jahren unterm Strich:

☐ mein Gewicht kaum verändert ☐ kg abgenommen ☐ kg zugenommen

Treiben Sie regelmäßig Sport?

☐ nein ☐ ja mal pro Woche für ca. Minuten. Sportart/-en:

Tragen Sie aktuell noch Amalgamfüllungen? ☐ nein oder:

☐ Ja, ich habe ☐ 1-2 ☐ 3-5 ☐ 6-8 ☐ 9 oder mehr Amalgamfüllungen

Hatten Sie früher Amalgamfüllungen, die inzwischen entfernt wurden? ☐ nein oder:

☐ Ja, ich hatte ☐ 1-2 ☐ 3-5 ☐ 6-8 ☐ 9 oder mehr Amalgamfüllungen

Haben Sie Implantate?	☐ nein	☐ Ja, ich habe	☐ 1-2	☐ 3-5	☐ 6-8
Überkronte Zähne?	☐ nein	☐ Ja, ich habe	☐ 1-2	☐ 3-5	☐ 6-8
Wurzelgefüllte/ tote Zähne?	☐ nein	☐ Ja, ich habe	☐ 1-2	☐ 3-5	☐ 6-8

Leiden Sie oder litten Sie früher schon einmal an folgenden Beschwerden?

	(fast) nie	ab & zu	häufig	(fast) immer	derzeit
Husten					
Auswurf					
Schleimgefühl im Hals oder Rachen					
Verstopfte Nase/ Naselaufen/ Niesen					
Luftnot bei Anstrengung					
Luftnot in körperlicher Ruhe					
Engegefühl/Beklemmung der Brust					
Einschlafstörung					
Durchschlafstörung					
Schnarchen					
Nächtliche Atemauffälligkeiten/ -pausen					
Nächtliches Wasserlassen					
Nächtliches Zähneknirschen					
Morgendliche Unausgeschlafenheit					
Müdigkeit am Tage					
Gehäuftes Wasserlassen am Tage					
Rasche Erschöpfung bei Anstrengung					
Konzentrationsstörung					
Gedächtnisstörung					
Schwindel					
Heißhungerattacken					
Appetitlosigkeit					
Mundgeruch					
Rückenschmerzen: Halswirbelsäule					
Rückenschmerzen: Lendenwirbelsäule					
Hüftprobleme/ -schmerzen					
Knieprobleme/ -schmerzen					
Sonstige Gelenkbeschwerden					
Muskel- oder Wadenkrämpfe					
Muskelschwäche					
Antriebslosigkeit/ Lustlosigkeit					
Traurigkeit/ Depressivität					
Ängste					
Vermehrtes Schwitzen tagsüber					
Vermehrtes Schwitzen nächtlich					
Kopfschmerzen					
Haarausfall					
Hautprobleme (Jucken, Rötung, Akne...)					
Augentrockenheit					
Mundtrockenheit					
Wassereinlagerungen (Hände/Füße?)					

Verdauungsgewohnheiten und -beschwerden:

Wie oft haben Sie Stuhlgang? mal pro Tag, wenn nicht täglich: mal pro Woche

Konsistenz des Stuhls meist: ☐ hart ☐ normal ☐ breiig ☐ Durchfall ☐ wechselnd

	(fast) nie	ab und zu	häufig	(fast) immer	derzeit
Blähungen	☐	☐	☐	☐	☐
Bauchschmerzen/- krämpfe Völlegefühle	☐	☐	☐	☐	☐
Übelkeit	☐	☐	☐	☐	☐
Erbrechen	☐	☐	☐	☐	☐
Sodbrennen	☐	☐	☐	☐	☐
Saures Aufstoßen	☐	☐	☐	☐	☐
Vermehrtes Aufstoßen (nicht sauer)	☐	☐	☐	☐	☐

Wie oft essen/trinken Sie durchschnittlich folgende Nahrungsmittel?

	(fast) nie	ab und zu	mehrfach pro Wo.	einmal täglich	mehrfach täglich
Milch	☐	☐	☐	☐	☐
Quark	☐	☐	☐	☐	☐
Joghurt	☐	☐	☐	☐	☐
Käse	☐	☐	☐	☐	☐
Eier	☐	☐	☐	☐	☐
Brot/ Brötchen	☐	☐	☐	☐	☐
Müsli	☐	☐	☐	☐	☐
Nudeln	☐	☐	☐	☐	☐
Kuchen	☐	☐	☐	☐	☐
Süßigkeiten	☐	☐	☐	☐	☐
Fleisch	☐	☐	☐	☐	☐
Fisch	☐	☐	☐	☐	☐
Wurst	☐	☐	☐	☐	☐
Gemüse	☐	☐	☐	☐	☐
Obst	☐	☐	☐	☐	☐
	(fast) nie	ab und zu	mehrf. pro Wo.	einmal täglich	mehrf. täglich
Kaffee	☐	☐	☐	☐	☐
Tee	☐	☐	☐	☐	☐
Wasser mit / Ohne Kohlensäure	☐	☐	☐	☐	☐
Fruchtsäfte	☐	☐	☐	☐	☐
Coca-Cola	☐	☐	☐	☐	☐
Süßgetränke	☐	☐	☐	☐	☐
Bier (Gläser)	☐	☐	☐	☐	☐
Wein (Gläser)	☐	☐	☐	☐	☐

Wie viel Liter trinken Sie durchschnittlich pro Tag (alle Getränke zusammengerechnet)? Liter

Gibt es Nahrungsmittel, die Ihnen (egal wie) nicht gut bekommen?

.....

.....

.....

Was erwarten Sie von meiner Behandlung?

.....

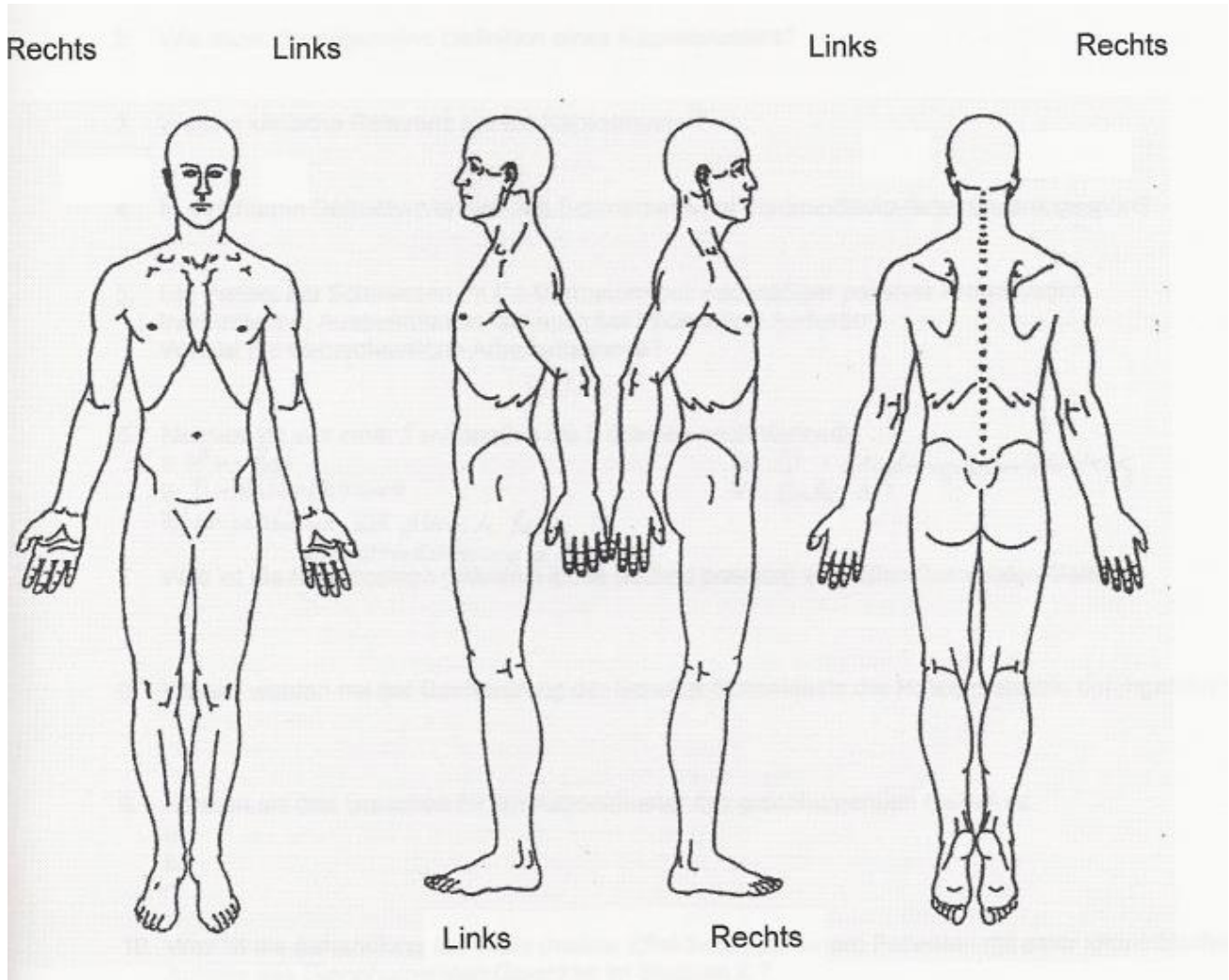
.....

Schmerzlokalisationen

Kennzeichnen Sie die Schmerzorte/Problembereiche mit Nummern in **Rot** (Skala 1 - 10) und straffieren Sie auch die Ausstrahlung. Tragen Sie auch evtl. Narben in **Grün** ein.

Hinweis: 1 = kein Schmerz / 10 = sehr akute Schmerzen

(Die 1 kann beispielsweise an der Stelle eingetragen sein, wo vielleicht eine Fehlstellung bekannt ist, diese aber keine Schmerzen verursacht.)



Schildern Sie mir bitte den chronologischen Werdegang zu den oben eingezeichnete(n) Bereiche(n):

(Zeitliche Gliederung / Wie kam es dazu? / Was wurde unternommen? / Kamen weitere Schmerzen dazu oder verstärkten sich?)