

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. Das Ausfüllen ist freiwillig, aber 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:
 Strasse + Hausnr.: Postleitzahl: Ort:
 E-Mail: Tel. Festnetz: mobil:
 Krankenkasse: Größe: Gewicht:
 Hausarzt:

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Überweisung durch: auf Empfehlung von:
 Internet über: Ärztbewertungsportale 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 war im Jahr :	
Krebserkrankung	.....	
Wenn ja: welche?	.....	

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

.....

.....

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

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

	(fast) nie	ab und zu	häufig	(fast) immer	derzeit
Husten					
Auswurf					
Schleimgefühl im Hals oder Rachen					
Verstopfte Nase/ Naselaufen/ Niessen					
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					
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...)					
Gehäuftes Wasserlassen					
Augentrockenheit					
Mundtrockenheit					
Wassereinlagerungen (Hände? Füße?)					

Infektanfälligkeit

Grippe/ Erkältung u. 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

Verdauungsgewohnheiten und -beschwerden:

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

Konsistenz des Stuhls überwiegend: 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)

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

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 mehrfach pro Wo. einmal täglich mehrfach 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?

.....

Wie wurden Sie geboren? spontane Geburt per Kaiserschnitt weiß ich nicht

Beziehungssituation: ich bin allein lebend geschieden verheiratet
in fester Partnerschaft ich habe Kind/-er ich habe keine Kinder

Derzeitige berufliche Tätigkeit: Wochenarbeitszeit: h

Notieren Sie nun bitte noch alle (!) Medikamente und Nahrungsergänzungsmittel, die Sie aktuell einnehmen inklusive verhütender Maßnahmen, Sprays und Bedarfsmedikamente (Schmerz-, Allergie- und Schlaftabletten etc.).

Zur Medikation: Wenn auf der Packung der Präparate eine Mengenangabe ersichtlich ist, bitte aufführen:
z. B. Ramipril 5 mg oder L-Thyroxin 75

Medikament:	morgens	mittags	abends	z. Nacht	nur bei Bedarf
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Was erwarten Sie von meiner Behandlung?

.....

.....

Welche Ziele möchten Sie erreichen?

.....

Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit! Ihr Praxisteam