



Ganzheitlicher Gesundheitsfragebogen

| | | | |
|------------------|-------|---------------|-------|
| Vor- & Nachname: | _____ | Krankenkasse: | _____ |
| Straße, Hausnr.: | _____ | Hausarzt: | _____ |
| PLZ, Ort: | _____ | Größe: | _____ |
| E-Mail: | _____ | Gewicht: | _____ |
| Telefon: | _____ | Geburtsdatum: | _____ |

Derzeitige berufliche Tätigkeit: _____

Wie sind Sie auf mich aufmerksam geworden?

| | | | |
|---------------------|-------|-----------------|-------|
| Überweisung durch: | _____ | Praxishomepage: | _____ |
| Auf Empfehlung von: | _____ | Sonstiges: | _____ |

Welches Anliegen führt Sie zu mir?

| Erkrankungen der Familie: | Mutter: | Vater: | Geschwister: |
|----------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Diabetes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Schlaganfall | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Krebserkrankungen (welche?) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Neurodermitis/Allergie/Asthma | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Depression/Nervenleiden | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Autoimmunerkrankungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Andere Erkrankungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| | | | | | |
|--------------------|-------------------------------|-----------------------------|--------------|--------------|-------------|
| Mutter verstorben? | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> | Woran? _____ | Alter? _____ | Wann? _____ |
| Vater verstorben? | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> | Woran? _____ | Alter? _____ | Wann? _____ |

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

| | | | |
|--|-------------|---|-------------|
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | seit: _____ | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankungen | seit: _____ |
| <input type="checkbox"/> Herzinfarkt | _____ | <input type="checkbox"/> Nierenerkrankungen | seit: _____ |
| <input type="checkbox"/> Koronare Herzkrankheit | _____ | <input type="checkbox"/> Lebererkrankungen | seit: _____ |
| <input type="checkbox"/> Schlaganfall | _____ | <input type="checkbox"/> Rheuma | seit: _____ |
| <input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörungen | seit: _____ | <input type="checkbox"/> Hörsturz/Tinnitus | seit: _____ |
| <input type="checkbox"/> Thrombose | _____ | <input type="checkbox"/> Depression/Nervenleiden | seit: _____ |
| <input type="checkbox"/> Lungenembolie | _____ | <input type="checkbox"/> Neurodermitis | seit: _____ |
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus | seit: _____ | <input type="checkbox"/> Heuschnupfen | seit: _____ |
| <input type="checkbox"/> Asthma | seit: _____ | <input type="checkbox"/> Menstruationsstörungen | seit: _____ |
| <input type="checkbox"/> COPD/Emphysem | seit: _____ | <input type="checkbox"/> Unfruchtbarkeit | seit: _____ |
| <input type="checkbox"/> Reizdarm | seit: _____ | <input type="checkbox"/> Andere Allergien | seit: _____ |
| <input type="checkbox"/> Chron. Darmerkrankungen | seit: _____ | <input type="checkbox"/> Der letzte Allergietest war im Jahr: _____ | |
| <input type="checkbox"/> Krebserkrankungen | _____ | <input type="checkbox"/> | |
| Wenn ja, welche? | _____ | | |



Gab es bei früheren Laboruntersuchungen einmal Auffälligkeiten?

- | | | |
|-----------------------------------|--|---|
| <input type="radio"/> noch nie | <input type="radio"/> Blutzuckerwerte | <input type="radio"/> Eisenmangel |
| <input type="radio"/> Leberwerte | <input type="radio"/> Cholesterin | <input type="radio"/> Blutarmut |
| <input type="radio"/> Nierenwerte | <input type="radio"/> Entzündungswerte | <input type="radio"/> Schilddrüsenwerte |

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

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



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?):

Infektanfälligkeit

Grippe/Erkältung u.a.: in den letzten 5 Jahren durchschnittlich _____ mal pro Jahr
 Blasenentzündungen: in den letzten 5 Jahren durchschnittlich _____ mal pro Jahr

Antibiotikabehandlungen (egal wofür)

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

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 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Bauchschmerzen/-krämpfe | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Völlegefühle | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Übelkeit | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Erbrechen | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Sodbrennen | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Saures Aufstoßen | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Vermehrtes Aufstoßen | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Rauchgewohnheiten:

Ich bin Nichtraucher: immer schon schon seit _____ Jahren
 Früher rauchte ich _____ Zigaretten pro Tag.
 Ich rauche durchschnittlich etwa _____ Zigaretten pro Tag

Veränderung Ihres Körpergewichts:

Ich habe in den letzten 10 Jahren: mein Gewicht kaum verändert
 etwa _____ kg abgenommen
 etwa _____ kg zugenommen

Treiben Sie regelmäßig Sport?

nein ja, _____ mal pro Woche für je 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 2-5 6-8
- Überkronte Zähne?** Nein Ja, ich habe 1-2 2-5 6-8
- Wurzelgefüllte/ tote Zähne?** Nein Ja, ich habe 1-2 2-5 6-8
- Wo oft gehen Sie zur professionellen Zahnreinigung?** _____

Wie oft essen/trinken Sie durchschnittlich folgende Nahrungsmittel?

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

Wieviele **Hauptmahlzeiten** (_____) und **Snacks** (_____) essen Sie am Tag? Wie oft trinken Sie **kalorienhaltige Getränke** außerhalb der Mahlzeiten (z.B. Softdrinks, Kaffee mit Milch, ...)? _____

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? Spontangeburt Kaiserschnitt weiß ich nicht

Beziehungssituation: Ich bin allein lebend geschieden verheiratet
 in fester Partnerschaft

Ich habe: keine Kinder Kinder: _____



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 | nachts | nur bei Bedarf |
|------------|---------|---------|--------|--------|----------------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

Was erwarten Sie von meiner Behandlung?

Bitte tragen Sie auf dem Zeitstrahl alle für Sie bedeutsamen Ereignisse mit (Monat und) Jahr (!!!) von Ihrer Geburt bis jetzt ein (z.B. Umzug, Unfälle, OPs, Geburt eines Kindes, Fehlgeburt, Tod einer nahestehenden Person, Hausbau/-kauf, Erkrankungen, besonders schöne/schreckliche Momente, etc.)

Geburt _____ →

_____ →

_____ Jetzt

Wie groß ist Ihre Einsatzbereitschaft, wenn nötig, etwas an folgenden Punkten zu verändern.

| | gering | mäßig | groß | zu allem bereit |
|----------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Ernährung | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Schlaf | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Stresslevel | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Bewegung/Sport | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |