



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:
Strasse/Hausnr.:	Postleitzahl:	Ort:
E-Mail:	Telefonnr.:	
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:

Bluthochdruck
Diabetes
Herzinfarkt
Schlaganfall
Krebserkrankung (welche?)
Neurodermitis/ Allergie/ Asthma
Depression/ Nervenleiden

Mutter

☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐

Vater

☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐

Geschwister

☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐

Erkrankungen der Familie:

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:

☐ Herzinfarkt

☐ Koronare Herzkrankheit

☐ Schlaganfall

☐ Herzrhythmusstörungen seit:

☐ Thrombose

☐ Lungenembolie

☐ Diabetes mellitus seit:

☐ Asthma seit:

☐ COPD/ Emphysem seit:

☐ Reizdarm seit:

☐ Krebserkrankung

Wenn ja: welche?

☐ Schilddrüsenerkrankung seit:

☐ Nierenerkrankung seit:

☐ Chron. Darmerkrankung seit:

☐ Lebererkrankung seit:

☐ Rheuma seit:

☐ Hörsturz/ Tinnitus seit:

☐ Depression/ Nervenleiden seit:

☐ Neurodermitis seit:

☐ Heuschnupfen seit:

☐ Andere Allergien seit:

☐ Der letzte Allergietest war:

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?

	ab und zu	häufig	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	☐	☐	☐	☐
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

	ab und zu	häufig	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
Kaffee	☐	☐	☐	☐	☐
Tee	☐	☐	☐	☐	☐
Wasser mit / Ohne Kohlensäure	☐	☐	☐	☐	☐
Fruchtsäfte	☐	☐	☐	☐	☐
Coca Cola	☐	☐	☐	☐	☐
Süßgetränke	☐	☐	☐	☐	☐
Bier (Gläser)	☐	☐	☐	☐	☐
Wein (Gläser)	☐	☐	☐	☐	☐

Milch	☐	☐	☐	☐	☐
Quark	☐	☐	☐	☐	☐
Joghurt	☐	☐	☐	☐	☐
Käse	☐	☐	☐	☐	☐
Eier	☐	☐	☐	☐	☐
Brot/ Brötchen	☐	☐	☐	☐	☐
Müsli	☐	☐	☐	☐	☐
Nudeln	☐	☐	☐	☐	☐
Kuchen	☐	☐	☐	☐	☐
Süßigkeiten	☐	☐	☐	☐	☐
Fleisch	☐	☐	☐	☐	☐
Fisch	☐	☐	☐	☐	☐
Wurst	☐	☐	☐	☐	☐
Gemüse	☐	☐	☐	☐	☐
Obst	☐	☐	☐	☐	☐

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: ____ Std

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?

Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!