



## **Gesundheits-Fragebogen**

Nehmen Sie sich Zeit und füllen Sie diesen Bogen soweit Sie wissen und wollen und aus Ihrem Bauchgefühl heraus aus. Es gibt kein richtig oder falsch!

Vorname:

Nachname:

Geburtsdatum:

PLZ:

E-Mail-Adresse:

Wohnort:

Telefon mobil:

Straße:

Telefon Festnetz:

Hausnummer:

Beruf:

vollzeit     teilzeit    mit \_\_\_\_ h/Woche

Krankenkasse:

Krankenversicherung:  privat

gesetzlich

versichert über: \_\_\_\_\_

(Vorname Nachname, Geb.Datum)

### **Grund für die Konsultation**

Welches war die letzte Erkrankung, körperliche/seelische Verletzung oder einschneidende/besonders anstrengende Situation vor Ausbruch der Beschwerden, weswegen Sie zu mir kommen?

## Allgemeine Informationen

**Größe:** \_\_\_\_\_ **Gewicht:** \_\_\_\_\_

### Veränderungen Ihres Körpergewichts:

- Ich habe in den letzten 5a / 10a unterm Strich
- mein Gewicht kaum verändert
  - \_\_\_\_\_ kg abgenommen
  - \_\_\_\_\_ kg zugenommen

**Allergien:** (Medikamente, Lebensmittel, Pflanzen, Tiere, Pollen, Chemikalien etc.)

---

---

---

---

**Welche Medikamente** (auch Empfängnisverhütung, Schlafmittel, Homöopathika, Nahrungsergänzungsmittel usw.) nehmen Sie?

| <b>Medikament:</b><br>(Name+Dosierung) | <b>morgens</b> | <b>mittags</b> | <b>abends</b> | <b>zur Nacht</b> | <b>bei Bedarf</b> |
|--|----------------|----------------|---------------|------------------|-------------------|
|--|----------------|----------------|---------------|------------------|-------------------|

**Impfungen:** (bitte den Impfausweis kopieren)

welche sind erfolgt: \_\_\_\_\_

gab es besondere Reaktionen auf Impfungen? \_\_\_\_\_

**Beziehungssituation:** o allein lebend o geschieden o verheiratet  
o in fester Partnerschaft o \_\_\_\_\_

Ich habe \_\_\_\_\_ Kinder.

Haben Sie **Haustiere**? Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

**Wie wurden Sie geboren?** o spontan o per Kaiserschnitt o weiß ich nicht  
besondere Vorkommnisse: \_\_\_\_\_

**Rauchgewohnheiten:**

- Ich bin Nichtraucher/in o immer schon o schon seit \_\_\_\_\_ Jahren  
 früher rauchte ich etwa \_\_\_\_\_ Zigaretten/Tag  
 ich rauche durchschnittlich etwa \_\_\_\_\_ Zigaretten/Tag

**Wie ernähren Sie sich?** o gemischt o vegetarisch o vegan  
Kommentar: \_\_\_\_\_

**Wie viel Liter trinken** Sie durchschnittlich pro Tag (alle Getränke zusammengerechnet)?  
\_\_\_\_\_ Liter/Tag

**Speisen + Getränke:** Welche Vorlieben bestehen? Welche Abneigungen bestehen? Gerne heiß? Lieber kalt? Welche Unverträglichkeiten gibt es?

**Wie oft nehmen Sie die folgenden Nahrungs-u.Genussmittel zu sich?**

| <b>Nahrungs-/<br/>Genussmittel</b> | <b>(fast) nie</b> | <b>ab und<br/>zu</b> | <b>mehrfach<br/>pro Woche</b> | <b>einmal<br/>täglich</b> | <b>mehrfach<br/>täglich</b> |
|------------------------------------|-------------------|----------------------|-------------------------------|---------------------------|-----------------------------|
| Kuhmilch                           |                   |                      |                               |                           |                             |
| Quark                              |                   |                      |                               |                           |                             |
| Joghurt                            |                   |                      |                               |                           |                             |
| Käse                               |                   |                      |                               |                           |                             |
| Eier                               |                   |                      |                               |                           |                             |
| Brot/Brötchen                      |                   |                      |                               |                           |                             |
| Müsli                              |                   |                      |                               |                           |                             |
| Nudeln                             |                   |                      |                               |                           |                             |
| Kuchen                             |                   |                      |                               |                           |                             |
| Süßigkeiten                        |                   |                      |                               |                           |                             |
| Fleisch                            |                   |                      |                               |                           |                             |
| Fisch                              |                   |                      |                               |                           |                             |
| Wurst                              |                   |                      |                               |                           |                             |
| Gemüse                             |                   |                      |                               |                           |                             |
| Obst                               |                   |                      |                               |                           |                             |
| Kaffee                             |                   |                      |                               |                           |                             |
| Tee                                |                   |                      |                               |                           |                             |
| Mineralwasser                      |                   |                      |                               |                           |                             |
| stilles Wasser                     |                   |                      |                               |                           |                             |
| Fruchtsäfte                        |                   |                      |                               |                           |                             |
| Cola                               |                   |                      |                               |                           |                             |
| Süßgetränke                        |                   |                      |                               |                           |                             |
| Bier(Gläser)                       |                   |                      |                               |                           |                             |
| Wein(Gläser)                       |                   |                      |                               |                           |                             |

**Zahnstatus**

Tragen Sie aktuell noch Amalgamfüllungen?

- nein  
 ja, ich habe  1-2  3-5  6-8  9 oder mehr

Hatten Sie früher Amalgamfüllungen, die inzwischen entfernt wurden?

- nein  
 ja, ich hatte  1-2  3-5  6-8  9 oder mehr

Haben Sie Implantate?  nein  ja, \_\_\_\_\_ Stück

Haben Sie überkronte Zähne?  nein  ja, \_\_\_\_\_ Stück

Haben Sie wurzelgefüllte/tote Zähne?  nein  ja, \_\_\_\_\_ Stück

Wo haben Sie Narben von Operationen, Unfällen, Verletzungen?

Treiben Sie regelmäßig Sport?

nein

ja, \_\_\_\_\_ mal pro Woche für ca. \_\_\_\_\_ Minuten.

Sportart/en: \_\_\_\_\_

**Temperaturempfinden**

eher frieren      oder       schwitzen ?

Verlangen oder Abneigung nach Hitze, Sonne, Kälte, frische Luft ?:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Gemüt/Persönlichkeitsmerkmale:** Was sind Ihre auffallenden und typischen Eigenschaften?

**Hatten Sie schon einmal Herpesbläschen?**

nie     selten     häufig

**Schlaf:** Gibt es Störungen beim Schlaf? Einschlafen? Durchschlafen? Erwachen?(wann?)

**Verdauung:**

Wie oft haben Sie Stuhlgang?: \_\_\_\_\_ mal pro Tag

Wenn nicht täglich: \_\_\_\_\_ mal pro Woche

verschieden

**leiden Sie unter folgenden Beschwerden?**

**Beschwerde**            **nein**    **selten**    **gelegentlich**    **häufig**    **fast immer**    **aktuell**

|                             |       |
|-----------------------------|-------|
| Durchfall                   | _____ |
| <i>Blähungen</i>            | _____ |
| Bauchkrämpfe                | _____ |
| <i>andere</i>               | _____ |
| <i>Bauchschmerzen</i>       | _____ |
| Völlegefühl                 | _____ |
| <i>Sodbrennen</i>           | _____ |
| saures Aufstoßen            | _____ |
| <i>vermehrtes Aufstoßen</i> | _____ |
| <i>(nicht sauer)</i>        | _____ |
| Übelkeit                    | _____ |
| <i>Erbrechen</i>            | _____ |

Bemerkungen:

## Gynäkologische Anamnese (bei Frauen)

In welchem Alter war die 1. Regelblutung? \_\_\_\_\_

Kommt die Blutung regelmäßig?  ja  nein

im Abstand von \_\_\_\_\_ Tagen.

wenig  „normal“  stark  sehr stark

ca. \_\_\_\_\_ Tage lang.

Haben Sie Beschwerden im Zusammenhang mit der Regelblutung?

---

Wenn Sie nicht mehr bluten: seit welchem Lebensjahr?: \_\_\_\_\_

Schwangerschaften/Geburten: Wie viele? Wann? Besonderheiten wie Wehen, Bettruhe, Krankheiten in der Schwangerschaft, vorzeitiger Blasensprung, Notfallkaiserschnitte usw.?

Wie haben Sie sich während der Schwangerschaft allgemein gefühlt?

Wie haben Sie sich in den 3-6 Monaten nach der Entbindung allgemein gefühlt?

## Familienanamnese

Welche Erkrankungen sind bei Ihren Familienangehörigen bekannt?

Besonders von Interesse sind: Bluthochdruck, Diabetes, Herzinfarkt, Schlaganfall, Krebserkrankung (welche?), Allergien, Asthma, Neurodermitis, Psoriasis, Depression, Nervenleiden.

### **Mutter:**

Mutter der Mutter:

Vater der Mutter:

Geschwister der Mutter:

### **Vater:**

Mutter des Vaters:

Vater des Vaters:

Geschwister des Vaters:

### **Geschwister:**

### **Kinder:**

Gab es in Ihrer Familie rückblickend betrachtet bis zur Generation Ihrer Urgroßeltern besonders einschneidende/traumatische Erlebnisse wie Krieg, Flucht, Vertreibung, Verlust des Zuhauses, Verlust naher Angehöriger durch plötzlichen Tod usw. oder Umstände, die Ihnen als besonders belastend bekannt sind?



## Biographische Krankengeschichte

**Erkrankungen im Kindesalter:** (welche? Wann? Ablauf, Beschwerden, Rückfallneigung, Fieber)

Störungen der Entwicklung im Kindesalter:

**Operationen:** (welche und wann?)

**Bisher gestellte Diagnosen:** (besonders von Interesse sind: Bluthochdruck, Diabetes, Herzinfarkt, Schlaganfall, Krebserkrankung(welche?), Allergien, Neurodermitis, Psoriasis, Asthma, Depression, Nervenleiden)

| <b>Diagnose</b> | <b>wann gestellt?</b> | <b>Welche Therapie?</b> |
|-----------------|-----------------------|-------------------------|
|-----------------|-----------------------|-------------------------|

|       |       |       |
|-------|-------|-------|
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |

**Gab es bei früheren Laboruntersuchungen einmal Auffälligkeiten?**

noch nie

auffällig waren schon mal die:

- |  |   |                                   |
|--|---|-----------------------------------|
| <input type="radio"/> Entzündungswerte | <input type="radio"/> Leberwerte        | <input type="radio"/> Nierenwerte |
| <input type="radio"/> Blutzuckerwerte  | <input type="radio"/> Cholesterin       | <input type="radio"/> Eisenmangel |
| <input type="radio"/> Blutarmut        | <input type="radio"/> Schilddrüsenwerte |                                   |
| <input type="radio"/> Sonstiges: _____ |   |                                   |

**Infektionskrankheiten :**(welche? wann? Ablauf, Beschwerden, Rückfallneigung, Fieber)

**Infektanfälligkeit:**

Grippe/Erkältung/Mandeln/Nasennebenhöhlen/Bronchitis/Lunge: in den letzten 5 Jahren durchschnittlich \_\_\_\_\_ mal pro Jahr.

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

Magen/Darminfektionen: in den letzten 5 Jahren durchschnittlich \_\_\_\_\_ mal pro Jahr.

**Antibiotikagaben:** (egal, ob bei Erkältungen, Blasenentzündungen, Zahnproblemen, Operationen...)

In den ersten 5 Lebensjahren insgesamt: \_\_\_\_\_ mal.

In den letzten 10 Jahren insgesamt \_\_\_\_\_ mal.

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

| <b>Beschwerde<br/>derzeit</b>             | <b>(fast) nie</b> | <b>ab und<br/>zu</b> | <b>häufig</b> | <b>(fast)<br/>immer</b> |
|---|-------------------|----------------------|---------------|-------------------------|
| Husten                                    | _____             | _____                | _____         | _____                   |
| <i>Auswurf</i>                            | _____             | _____                | _____         | _____                   |
| Schleimgefühl im Hals                     | _____             | _____                | _____         | _____                   |
| <i>verstopfte Nase/Nasenlaufen</i>        | _____             | _____                | _____         | _____                   |
| Niesen                                    | _____             | _____                | _____         | _____                   |
| <i>Luftnot bei Anstrengung</i>            | _____             | _____                | _____         | _____                   |
| Luftnot bei Ruhe                          | _____             | _____                | _____         | _____                   |
| <i>Beklemmungsgefühl der Brust</i>        | _____             | _____                | _____         | _____                   |
| vermehrtes Schlafbedürfnis                | _____             | _____                | _____         | _____                   |
| <i>Schnarchen</i>                         | _____             | _____                | _____         | _____                   |
| nächtliche Atemaussetzer                  | _____             | _____                | _____         | _____                   |
| <i>nächtliches Wasserlassen</i>           | _____             | _____                | _____         | _____                   |
| nächtliches Zähneknirschen                | _____             | _____                | _____         | _____                   |
| <i>nachts Anschwellen der Nase</i>        | _____             | _____                | _____         | _____                   |
| nächtliches Herzklopfen                   | _____             | _____                | _____         | _____                   |
| <i>morgentliche Unausgeschlafenheit</i>   | _____             | _____                | _____         | _____                   |
| Müdigkeit am Tage                         | _____             | _____                | _____         | _____                   |
| <i>rasche Erschöpfung bei Anstrengung</i> | _____             | _____                | _____         | _____                   |

| Beschwerde   | (fast)<br>nie | ab und<br>zu | häufig | (fast)<br>immer | derzeit |
|--|---------------|--------------|--------|-----------------|---------|
| Konzentrationsstörungen  |               |              |        |                 |         |
| <i>Gedächtnisstörungen</i>   |               |              |        |                 |         |
| Schwindel  |               |              |        |                 |         |
| <i>Heißhungerattacken</i>  |               |              |        |                 |         |
| Appetitlosigkeit   |               |              |        |                 |         |
| <i>Mundgeruch</i>  |               |              |        |                 |         |
| Rückenschmerzen LWS  |               |              |        |                 |         |
| <i>Rückenschmerzen BWS</i>   |               |              |        |                 |         |
| Rückenschmerzen HWS  |               |              |        |                 |         |
| <i>Hüftprobleme/-Schmerzen</i>   |               |              |        |                 |         |
| Knieprobleme/-Schmerzen  |               |              |        |                 |         |
| <i>sonstige Gelenkbeschwerden</i><br><i>welche?:</i>                     |               |              |        |                 |         |
| Muskel-/Wadenkrämpfe   |               |              |        |                 |         |
| <i>Muskelschwäche</i>  |               |              |        |                 |         |
| Antriebslosigkeit  |               |              |        |                 |         |
| <i>Lustlosigkeit</i>   |               |              |        |                 |         |
| Kraftlosigkeit   |               |              |        |                 |         |
| <i>Traurigkeit/Depressivität</i>   |               |              |        |                 |         |
| Ängste   |               |              |        |                 |         |
| <i>vermehrtes Schwitzen tagsüber</i>                                     |               |              |        |                 |         |
| vermehrtes Schwitzen nachts<br>(in der ersten oder zweiten Nachthälfte?) |               |              |        |                 |         |
| <i>Kopfschmerzen*</i>  |               |              |        |                 |         |
| Haarausfall  |               |              |        |                 |         |
| <i>Hautjucken</i>  |               |              |        |                 |         |
| Hautrötungen   |               |              |        |                 |         |
| <i>Hautausschläge</i>  |               |              |        |                 |         |
| Ekzeme   |               |              |        |                 |         |
| <i>Akne</i>  |               |              |        |                 |         |
| Warzen   |               |              |        |                 |         |
| <i>Hauteinrisse</i>  |               |              |        |                 |         |
| gehäuftes Wasserlassen   |               |              |        |                 |         |
| <i>Augentrockenheit</i>  |               |              |        |                 |         |
| Mundtrockenheit  |               |              |        |                 |         |
| <i>Wassereinlagerungen(wo?)</i>  |               |              |        |                 |         |

\*Falls Sie regelmäßig unter *Kopfschmerzen* leiden: wie ist die Beschaffenheit der Kopfschmerzen? Was sind häufige Auslöser? Was können Sie tun, um Erleichterung zu erfahren?

Gab es in Ihrer Kindheit „familiäre Spannungen“?

Gab es eine Zeit, in der oder seit der ein oder beide Elternteile abwesend sind?

Welches waren die massivsten Einschnitte in Ihrem Leben (Krankheit, Unfall, Operation, emotionale Belastung/Verletzung oder ähnlich anstrengende Situationen) ?

### **Aktuelle Beschwerden**

**Bitte beschreiben Sie Ihre aktuellen Beschwerden und Symptome. Geben Sie dabei auch an, wann die Problematik begann oder das erste mal auftrat sowie bislang erfolgte Therapien (mit welchem Ergebnis). Was belastet Sie dabei am meisten?**

**Besteht aktuell eine besondere Stresssituation?**

Seit wann?

Ist ein Ende in Sicht?

Gibt es Möglichkeiten diese Situation zu entspannen?

**Was ist Ihr Wunsch-Ziel?**

**Was erwarten Sie von meiner Behandlung?**

Vielen Dank, dass Sie sich die Zeit genommen haben, diesen Gesundheits-Fragebogen auszufüllen!