

# Gesundheits-Fragebogen

Gesundheitspraxis Anna Kaiser (Dipl. Biol, HP)



## Naturheilpraxis

Dipl. Biol. Anna Kaiser

### Persönliche Angaben

		Heutiges Datum
Name	Vorname	Geburtsdatum
Straße und Hausnummer	Postleitzahl	Ort
E-Mail	Telefon	Mobil
Krankenkasse/ Zusatzkasse	Hausarzt	Zahnarzt
Wie sind Sie auf meine Praxis aufmerksam geworden?		

### Zu Ihrer Person

Größe	Gewicht	ggf. Wunschgewicht
Derzeitige berufliche Tätigkeit	Wochenarbeitszeit (Stunden)	Weitere Ausbildungen
Familienstand/ Beziehungssituation: <input type="checkbox"/> alleinlebend <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> in fester Partnerschaft <input type="checkbox"/> ___ Kinder		

Welches Anliegen führt Sie in meine Praxis?

---

Seit wann bestehen die Beschwerden?

---

Gab es einen erkennbaren Auslöser (Kummer, Erkrankungen, Medikamente...)?

---

Welche Erwartungen und Wünsche haben Sie an die Behandlung - heute und langfristig?

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

<input type="checkbox"/> Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung (Hashimoto, anderes?)	<input type="checkbox"/> Hörsturz/ Tinnitus (rechts/links)
<input type="checkbox"/> Koronare Herzkrankheit	<input type="checkbox"/> Lebererkrankung	<input type="checkbox"/> Depression
<input type="checkbox"/> Herzinfarkt	<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/> Epilepsie oder andere Nervenleiden
<input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörungen	<input type="checkbox"/> Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/> Neurodermitis
<input type="checkbox"/> Schlaganfall	<input type="checkbox"/> Reizdarm	<input type="checkbox"/> Asthma
<input type="checkbox"/> Thrombose/ Gerinnungsprobleme	<input type="checkbox"/> Chron. Darmerkrankung	<input type="checkbox"/> Heuschnupfen
<input type="checkbox"/> Lungenembolie	<input type="checkbox"/> Rheuma	<input type="checkbox"/> Allergien
<input type="checkbox"/> COPD/ Emphysem	<input type="checkbox"/> Krebserkrankung. Welche?	<input type="checkbox"/> Probleme im Anal-/ Genitalbereich

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

---

Gab es Operationen, Unfälle, bedeutsame Verletzungen (was und wann)?

---

Haben Sie Implantate? (Herzschrittmacher, Schmerzpumpen, Brustimplantate etc.)

Gab es bei früheren Laboruntersuchungen einmal Auffälligkeiten?		
<input type="checkbox"/> Leberwerte	<input type="checkbox"/> Nierenwerte	<input type="checkbox"/> Entzündungswerte
<input type="checkbox"/> Blutzuckerwerte	<input type="checkbox"/> Blutfette/Cholesterin	<input type="checkbox"/> Schilddrüsenwerte
<input type="checkbox"/> Eisenmangel	<input type="checkbox"/> Blutarmut	<input type="checkbox"/>

Leiden Sie/ litten Sie früher schon einmal an folgenden Beschwerden (wie häufig, intensiv)?		
<input type="checkbox"/> Husten	<input type="checkbox"/> Auswurf, Schleimgefühl Mund-Rachen	<input type="checkbox"/> Verstopfte Nase/ Naselaufen/ Nießen
<input type="checkbox"/> Engegefühl/ Beklemmung der Brust	<input type="checkbox"/> Luftnot, bei Anstrengung oder in Ruhe	<input type="checkbox"/> Schwindel
<input type="checkbox"/> Schlafstörung (Ein oder Durchschlafen)	<input type="checkbox"/> Nächtliche Atemauffälligkeiten/ -pausen	<input type="checkbox"/> Schnarchen
<input type="checkbox"/> Nächtliches Wasserlassen	<input type="checkbox"/> Nächtliches Zähneknirschen	<input type="checkbox"/> Morgendliche Unausgeschlafenheit
<input type="checkbox"/> Müdigkeit am Tage	<input type="checkbox"/> Rasche Erschöpfung bei Anstrengung	<input type="checkbox"/> Konzentrationsstörung
<input type="checkbox"/> Gedächtnisstörung	<input type="checkbox"/> Heißhungerattacken	<input type="checkbox"/> Appetitlosigkeit
<input type="checkbox"/> Mundgeruch	<input type="checkbox"/> Sodbrennen/ empfindlicher Magen	<input type="checkbox"/> Bauchschmerzen
<input type="checkbox"/> Blähungen	<input type="checkbox"/> Weichstühle (wie oft täglich?)	<input type="checkbox"/> Verstopfung
<input type="checkbox"/> Rückenschmerzen (wo?)	<input type="checkbox"/> Gelenkschmerzen, wo?	<input type="checkbox"/> Muskelkrämpfe oder - schmerzen
<input type="checkbox"/> Antriebslosigkeit/ Lustlosigkeit	<input type="checkbox"/> Traurigkeit/ Depressivität	<input type="checkbox"/> Ängste
<input type="checkbox"/> Vermehrtes Schwitzen, tagsüber oder nachts?	<input type="checkbox"/> Wassereinlagerungen (Hände? Füße?)	<input type="checkbox"/> Kopfschmerzen (welche Art?)
<input type="checkbox"/> Haarausfall	<input type="checkbox"/> Hautprobleme (Jucken, Rötung, Akne...)	<input type="checkbox"/> Infektanfälligkeit
<input type="checkbox"/> Ansteckende Infektionserkrankungen: HIV, Hepatitis, Tuberkulose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Zähne:

Haben Sie Amalgamfüllungen?		
<input type="checkbox"/> nein, noch nie		
<input type="checkbox"/> Ja, ich habe __ Amalgamfüllungen		
<input type="checkbox"/> Ich hatte früher __ Amalgamfüllungen, die inzwischen entfernt wurden		
Haben Sie Implantate?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Ja (wie viele?)
Überkronte Zähne?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Ja (wie viele?)
Wurzelgefüllte/ tote Zähne?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Ja (wie viele?)
Wurden Ihnen Zähne entfernt?		

### Wie oft konsumieren Sie durchschnittlich folgende Nahrungsmittel?

(0=Abneigung 1=fast nie 2= ab und zu 3= mehrfach pro Wo. 4=einmal täglich 5=mehrfach tägl.)

<input type="checkbox"/> frisch zubereitete Kost	<input type="checkbox"/> Fertignahrung, verarbeitet	<input type="checkbox"/> Kaffee (__ Becher)
<input type="checkbox"/> Brot/ Brötchen	<input type="checkbox"/> Käse	<input type="checkbox"/> Fruchtsäfte
<input type="checkbox"/> Müsli	<input type="checkbox"/> Eier	<input type="checkbox"/> Cola, Süßgetränke
<input type="checkbox"/> Nudeln	<input type="checkbox"/> Fleisch/ Wurst	<input type="checkbox"/> Bier (__ Gläser)
<input type="checkbox"/> Kuchen/ Süßigkeiten	<input type="checkbox"/> Fisch	<input type="checkbox"/> Wein (__ Gläser)
<input type="checkbox"/> Kuhmilch	<input type="checkbox"/> Gemüse	
<input type="checkbox"/> Quark / Joghurt	<input type="checkbox"/> Obst	

Gibt es Nahrungsmittel, die Ihnen nicht gut bekommen?

Wie viel Wasser trinken Sie durchschnittlich pro Tag? \_\_\_\_ Liter. Welches Wasser?

**Genussmittel:**

<input type="checkbox"/> Nikotin: ___ Zigaretten tägl. (früher geraucht?)	<input type="checkbox"/> Cannabis	<input type="checkbox"/> andere Drogen
--	-----------------------------------	--

**Verdauungsgewohnheiten und -beschwerden:**

Wie oft haben Sie Stuhlgang? ___ mal pro Tag/ Woche		
Konsistenz des Stuhls überwiegend:		
<input type="checkbox"/> hart	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> breiig
<input type="checkbox"/> Durchfall	<input type="checkbox"/> wechselnd	<input type="checkbox"/> klebt an Schüssel
<input type="checkbox"/> Blähungen	<input type="checkbox"/> Bauchschmerzen/-krämpfe	<input type="checkbox"/> Völlegefühle
<input type="checkbox"/> Übelkeit (wann?)	<input type="checkbox"/> Erbrechen	<input type="checkbox"/> Sodbrennen/ Aufstoßen (sauer?)

**Hormone (bei erwachsenen Patienten)**

<b>Frauen:</b> <u>Periode:</u> <input type="checkbox"/> (noch) nicht <input type="checkbox"/> nicht mehr (seit wann) <input type="checkbox"/> unregelmäßig <input type="checkbox"/> (sehr) stark <input type="checkbox"/> schmerzhaft <u>Verhütungsmethode(n):</u> <input type="checkbox"/> Pille/ NuvaRing/ Kondome/ Spirale/ OP ...	<u>Schwangerschaften:</u> <input type="checkbox"/> Aktuell schwanger? <input type="checkbox"/> Anzahl Schwangerschaften ___ <input type="checkbox"/> Anzahl Geburten ___ <input type="checkbox"/> Unerfüllter Kinderwunsch? <u>Hormonelle Dysregulation:</u> <input type="checkbox"/> Mastopathie („Brustspannen“) <input type="checkbox"/> Nachtschweiß <input type="checkbox"/> Scheidentrockenheit <input type="checkbox"/> Beckenbodenschwäche <input type="checkbox"/> Geringe Libido („keine Lust an der Lust“)
<b>Männer:</b> <input type="checkbox"/> Unerfüllter Kinderwunsch?	<input type="checkbox"/> Impotenz/ Erektionsschwierigkeiten <input type="checkbox"/> Reduzierte Orgasmus-Fähigkeit <input type="checkbox"/> Geringe Libido („keine Lust an der Lust“)

**Lifestyle**

Wie viele Stunden sind Sie draußen an der „frischen Luft“? Ca. \_\_\_ Stunden pro Tag/ Woche

Wieviel Sport machen Sie und welchen? Ca. \_\_\_ Stunden pro Tag/ Woche

**Zu Ihrer Familiengeschichte:**

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"/>
Krebserkrankung (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"/>

**Medikamente:**

Welche Medikamente, Verhütungsmittel, Sprays und Bedarfsmedikamente (Schmerz-, Allergie- und Schlaftabletten etc.) nehmen Sie aktuell ein (Dosierung)?

**Nahrungsergänzungsmittel:**

Welche Maßnahmen ergreifen Sie selbst, um Ihre Gesundheit zu erhalten? Welche Dinge möchten Sie gern im beruflichen oder privaten Bereich ändern, damit Sie sich wohler fühlen?

Ich habe den Behandlungsvertrag gelesen, verstanden und akzeptiere die Bedingungen.

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_