

Fragebogen ganzheitliche Medizin

Bitte füllen Sie den Fragebogen aus und bringen Sie ihn zum Arzttermin mit.
Bitte nehmen Sie sich genug Zeit.

Vorname:

Name:

Straße, Nr.:

PLZ, Ort:

Tel.:

Geburtstag:

Geburtsort:

Beschwerden:

Unter welchen akuten Beschwerden leiden Sie und seit wann?

Ordnen Sie die Beschwerden nach Ihrer Wichtigkeit.

1. _____ seit: _____
2. _____ seit: _____
3. _____ seit: _____
4. _____ seit: _____
5. _____ seit: _____
6. _____ seit: _____
7. _____ seit: _____

Welche Behandlungen haben Sie gegen die Beschwerden bereits bekommen und wie war der Erfolg (sehr gut / gut / mäßig / schlecht / sehr schlecht) ?

Woher kommen Ihrer Meinung nach Ihre Beschwerden?

Was sind Auslöser für die Beschwerden?

Was bessert / verschlechtert die Beschwerden ? (z.B. Druck/ Ruhe/ Bewegung/ Wärme/ Kälte/ Schlaf/ Entspannung/.....)

Was tun Sie selbst zur Linderung der Beschwerden?

Was war unmittelbar vor dem ersten Auftreten Ihrer jetzigen Beschwerden?

Eine Erkrankung / Kummer / Trauer / Schreck / Operationen / Stress / Hautausschläge / Umzug / Hausbau / Belastungen / Zahnbehandlung / Medikamentenumstellung / andere:

[illegible]

häusliche Krankenpflege? Nein / Ja, folgende:

(z.B. Knochenbrüche, häufige Mittelohrentzündungen/ Mandelentzündungen als Kind, operative Entfernung der Mandeln/ der Gallenblase/ des Blinddarms/ der Gebärmutter, Migräne, Erkrankungen von Kopf/ Schilddrüse/ Brust/ Herz/ Lunge/ Verdauungssystem/ Harnwege/ Nieren/ Leber/ Wirbelsäule/ Gelenke/ Nervenleiden/ Psyche etc).

[illegible]

Welche Infektionskrankheiten haben Sie durchgemacht?

Masern / Mumps / Röteln / Keuchhusten / Windpocken / Scharlach / Kinderlähmung / Malaria / Salmonellose / Hepatitis / Pfeiffersches Drüsenfieber (Mononukleose) / Tuberkulose / Tropenkrankheiten / HIV / Gonorrhoe (Tripper) / Syphilis / andere:

Haben Sie Narben von Operationen oder Verletzungen? (Schnitt-/ Brandwunden, Bißverletzungen) Nein / Ja, folgende:

Geburten Spontan / eingeleitet / schwer / Kaiserschnitt / Abtreibungen / Fehlgeburten

In welchem Alter war die erste Menses/ die letzte Menses?

Krankheiten in Ihrer Familie (Eltern, Geschwister):

Krebs / Diabetes mellitus / Herzkrankheiten / Gefäßkrankheiten / Schlaganfall / Lungenkrankheiten / Steinkrankheiten (Niere/Galle) / Gicht / Rheumatismus / Allergien / Neurodermitis / Schuppenflechte / Tuberkulose / Migräne / Nervenleiden / Depression / Geschlechtskrankheiten / chronische Schmerzen / andere:

durchgeführte Impfungen:

Tuberkulose (BCG) / Röteln / Masern / Mumps / Windpocken / Tetanus / Diphtherie / Keuchhusten / Polio (Kinderlähmung) / Hib / Gelbfieber / Hepatitis A+B / Grippe / FSME / Pocken / andere:

Gab es Reaktionen auf Impfungen?

Fieber/Krämpfe/Unruhe /Schlaflosigkeit/Verhaltensveränderungen

Genußmittelkonsum:

	Kaffee	Alkohol	Schokolade/ Zucker	Nikotin	Marihuana	Andere Drogen
mehrmals täglich						
täglich						
regelmäßig						
gelegentlich						
selten						
nie						

Sozialanamnese:

gelernter Beruf / weitere berufl. Tätigkeiten / jetzige Tätigkeit:

Schichtarbeit nein/ ja: Früh/Tag/Spät/Nachtschicht/wechselnd

Stehen Sie im Beruf unter andauerndem Stress?

Praktisch immer/ häufig/ gelegentlich/ selten

Partner Ja / nein / getrennt

Kinder Geburtsjahre:

Haustier nein / ja, folgende:

Eltern/Partner pflege-/hilfsbedürftig/ krank/ gesund/ verstorben

Kinder pflege-/hilfsbedürftig/ krank/ gesund/ verstorben

Hobby/Freizeitbeschäftigung:

Finanzielle Sorgen viele / wenige / keine

Familiäre Sorgen viele / wenige / keine

Berufliche Sorgen viele / wenige / keine

Sind Sie beruflich und privat zufrieden?

Sehr häufig/ häufig/ weniger häufig/ selten

Wie ist momentan Ihr Verhältnis zu Ihren Kollegen/ Vorgesetzten/ Eltern/ Kindern/ Partner?

Sehr gut / gut / mäßig / schlecht

Gab es in Ihrer frühen Kindheit Verlusterlebnisse/ Scheidung/ Todesfälle ?

Bewegung:

Bitte geben Sie an wie oft/wie viele Stunden pro Woche Sie folgende Tätigkeiten durchführen:

Längere Wege zu Fuß (Spaziergang, Einkauf, Arbeitsweg)

Fahrradfahren (Freizeit, einschließlich Einkauf, Arbeitsweg)

Gartenarbeit (intensiv)

Sport

Die berufliche Tätigkeit ist vorwiegend körperlich:

nicht anstrengend/weniger anstrengend/anstrengend/sehr anstr.

Sitzende Betätigungen (Fernsehzeiten, Computerzeiten)

Sportart:

Ernährung

Haben Sie Nahrungsmittel-Unverträglichkeiten (Laktose-Intoleranz, Fruktose-Intoleranz, Histamin-Intoleranz, Gluten-Intoleranz)?

Welchen Stellenwert hat bei Ihnen die Ernährung?

Sehr wichtig/ wichtig, aber nicht oberste Priorität/ nicht ganz so wichtig/ unwichtig

Wie viele Mahlzeiten inklusive Zwischenmahlzeiten essen Sie normalerweise am Tag?

1-2 M. / 2-3 M. / 3-4 M./ 5 und mehr Mahlzeiten / ganz unterschiedlich

Wie würden Sie Ihr Eßverhalten beschreiben?

schnell / langsam / bewusst

regelmäßig/ eher unregelmäßig /

Ernähren Sie sich nach bestimmten Ernährungsrichtlinien?

Nein/ ja, folgende:

Auf welche Lebensmittel können Sie nur schwer verzichten?

Verlangen nach: süß/ sauer/ bitter/ salzig/ pikant/ scharf/ Fleisch/ Obst/ Schokolade/ Nikotin/ Alkohol/ Lieblingsgericht:

Abneigung gegen: süß/ sauer/ bitter/ salzig/ pikant/ scharf/ Fleisch/ Fett/ Nikotin/ Alkohol/ ...

Zu welcher Uhrzeit nehmen Sie die Hauptmahlzeiten ein?

Naschen Sie gern? Nein / Ja, (wann und was):

Bekommen Sie Heißhungerattacken?

Nein / Ja (wie oft und wann?):

Wieviel Liter trinken Sie täglich und was?

Wünschen Sie auch eine Ernährungsberatung ? Nein / Ja
wenn ja, welche Erwartungen haben Sie?

Glauben Sie, dass Ernährung die Gesundheit beeinflussen kann?

Nein / Ja

Allgemeinbefinden (Skala 1-10, 1 = minimal/sehr wenig, 10 = Maximal/sehr viel)

Belastbarkeit und Leistungsfähigkeit

Müdigkeit (trotz genug Schlaf)

Erschöpfung

Antriebsarmut (besonders morgens)

allgemeines Schweregefühl

Neigung zu Schwindel

Müde morgens/ nach üppigem Essen/ abends gegen 18 Uhr/ nachmittags gegen 13-15 Uhr/ gegen 16 Uhr

nach Sport bzw. körperlicher Belastung munter/ tut gut/ erschöpft

nach der Arbeit munter/ brauche Ruhe/ erschöpft/ gereizt

Immunsystem:

Leiden Sie oft unter Erkältungskrankheiten? Nein / Ja

Letzte Behandlung mit Antibiotika:

Anzahl der Behandlungen mit Antibiotika in den letzten 2 Jahren:

Wurden Sie gestillt? Nein / Ja

War ihre Geburt eine natürliche? Ja / Nein (Kaiserschnitt)

Gefühlsleben (Skala 1-10, 1 = minimal/fast nie, 10 = sehr ausgeprägt/ständig)

Reizbarkeit, leicht aufbrausend

Ärger, Zorn

Angstgefühle

Schuldgefühle

Allgemeines Anspannungsgefühl

Allgemeine innere Unruhe

Niedergedrückte Stimmung

Häufiges Grübeln, Sorge

Trauer

Vergesslichkeit

mangelnde Konzentration/ Vergesslichkeit

Stimmungswechsel

Wie gehen Sie mit Problemen / Wut / Ungerechtigkeit um?

Vegetatives Nervensystem

Schlaf

>8 Stunden / <8 Stunden / Schwierigkeiten beim Einschlafen / beim Durchschlafen / morgendliches sehr frühes Erwachen / nachts Herzklopfen /

nächtliches Wasserlassen – Nein / Ja, mal

häufiges Erwachen, um ... Uhr / zwischen und Uhr / morgendliches Erwachen mit Gefühl von Zerschlagenheit, Schwere, Steife / morgendliches Erwachen mit Gefühl von leerem Kopf,

Müdigkeit, langsam munter werdend / Zähneknirschen / Unruhe in den Beinen / Sprechen im Schlaf

/ Nachtschweiß / heiße Füße (Füße aus Decke rausstrecken) / lebhafte Träume / Alpträume / nachts kreisende Gedanken / früh ausgeschlafen

Schlaflage

Bauch/ Rücken/ links/ rechts/ sitzend/ kniend/ zusammengerollt

Mittagsschlaf kurz (<20min.)/ lang (1h)/ danach wie zerschlagen

Reagieren Sie auf Wärme im Sommer?

Temperaturempfinden öfter kalte Finger/ kalte Vorfüsse/ kalte Beine/ Kälte in allen Gliedern und Nase/ kalter Rücken/ bei Stress kalte Finger/ Hitze der Handflächen, Füße, Gesicht, Dekolleté/ Frieren besser durch Kleidung oder Wärme

Schweiß Spontanschweiß tags, bei kleinster Anstrengung/ Hitzewallungen/ Nachtschweiß/ frühe Morgenstunden/nach Essen/ nach Atemwegsinfekt/ kalter Schweiß/ warmer Schweiß/ geruchlos/ stinkend/ Achsel/Hände/Füße/Kopf und Stirn/genital

Durst wenig Durstgefühl / viel / nachts / eher kleine Schlucke / große Mengen / eher Kaltes / eher Warmes / Vorliebe für Milch/Wein/Bier/Orangensaft/rote Säfte

Stuhl täglich / jeden 2. Tag / unregelmäßig / hart / knollig / Schafskot / geformte Wurst / weich / schmierig / breiig / pastenartig / mit Unverdaulichem / mit Blut und Schleim / hell / dunkel / klebt an Becken

Urin viel / wenig / häufig / dunkel / hell / Geruch nach:

Ausfluß keinen / stark / weißlich / gelblich / fischig

Menstruation Zyklus 28 Tage / verlängert / verkürzt / Einnahme von Hormonen / Menopause

Menstruationsblutungen hell / dunkel / klumpig / braun / regelmäßig / unregelmäßig / schmerzhaft / zu stark / zu schwach / Brustspannen vor den Tagen / Müdigkeit vor oder nach Blutung / Zwischenblutung

Sexualität vermindert / verstärkt / unbefriedigt / Unlust / Beschwerden beim Geschlechtsverkehr / Erektionsstörungen / Unfruchtbarkeit / erfüllt

Wohnung/Strahlenbelastung

Ist Ihr Schlaf- und Arbeitsplatz auf Geopathische und Elektrosmok-Belastungen untersucht worden? Ja / Nein

Wie ist Ihre Wohnumgebung beschaffen?

Funkmasten in der Nähe / Überlandleitung / Bahnstrom in der Nähe / Wärmepumpe / Bäche, Flüsse in der Nähe / Schimmelpilzbelastung / Antiquitäten / Holzschutzmittel / Teppichböden / Mikrowelle

Wie ist Ihr Schlafplatz eingerichtet?

Schnurlose Telefone / Internet / elektrische Geräte standby / Wasserbett / eingebauter elektrischer Motor

Handy Nein / Ja, tägliche Telefonierzeit Minuten seit Jahren, mit/ohne Headset

Wo tragen Sie Ihr Handy?

Wie lange ist es am Tag eingeschaltet?

DECT-Telefon (schnurloses Festnetztelefon) Nein / Ja, tägliche Telefonierzeit Minuten seit Jahren, mit/ohne Headset

W-Lan-Anschluss (schnurloses Internet) Nein / Ja, tägliche Arbeitszeit damit Minuten/.... Stunden, seit Jahren

Es ist Minuten/..... Stunden am Tag eingeschaltet

S-Bahn

Wieviele Kilometer wohnen Sie von der nächsten S-Bahn-Linie entfernt?

Funkmast

Wieviele Kilometer ist der nächste Funkmast oder eine andere Strahlenquelle (z.B. Radar) entfernt?
Seit wieviel Jahren wohnen Sie in dieser Nähe?

Möchten Sie etwas in Ihrem Leben verändern? Wenn ja, was?

Platz für weitere Informationen:

Siebtechnik zur Erfassung von Gesundheitsstörungen:

Kopfschmerzen Häufig/ selten/ nie
Stirn-Augen-Schläfenregion / Hinterhauptregion/
halbseitig links / rechts / beidseits / wandernd von hinten nach vorn / wandernd von rechts nach links / links nach rechts / Ring /
morgens / abends / Wochenende / mit Übelkeit / Augenflimmern /
wie Druck von innen / von außen / Pochen / Stechen / Hämmern
Auslöser:
Besserung durch:
Verschlechterung durch:
Gesichtsschmerzen / anderes

Haare Haarausfall (diffus / kreisrund) / Brüchig-spröde / frühe Ergrauung / anderes

Nase Operationen / Heuschnupfen / Allergien auf:
behinderte Nasenatmung / Nase verstopft / trockene Nasenschleimhaut/ häufige
Nasennebenhöhlenentzündungen /
Nasensekret wässrig/ schleimig/ eitrig/ grünlich
häufige Erkältungskrankheiten / schwacher Geruchssinn / anderes

Augen kurzsichtig / weitsichtig / Schielen / Brille oder Kontaktlinsen seit:
Bindehautentzündungen / Brennen / Bewegungsschmerz / trockenes Auge / Glaukom (grüner Star) /
Linsentrübung (grauer Star) / Operationen / Nachtblindheit / verschwommenes Sehen / Druck hinter
den Augen / anderes

Ohren Ohrgeräusche / Ohrendruck / Schwerhörigkeit / Drehschwindel / Mittelohrentzündungen /
Schmerzen / Operationen / Gleichgewichtsstörungen / anderes

Mandeln Operation / häufig Mandelentzündungen (Angina) / häufig
Seitenstrangangina / als Kind / heute / anderes

Zähne/Kiefer Beschwerden bei der Zahnung / erschwelter Durchbruch der Weisheitszähne /
wurzelbehandelte Zähne / Tote Zähne / Empfindlichkeit der Zähne auf heiß oder kalt / Prothese /
Knacken im Kiefergelenk / Zahnfleischbluten / anderes

Wurden bei Ihnen Amalgamfüllungen entfernt? Nein / Ja

Zahnfüllmaterialien
Amalgam / Gold / Titan / Kunststoff / Keramik / Palladium

Mund Mundgeruch / Trockenheit im Mund / Lippenherpes / Zungengeschwüre (Aphten) / bitterer
Mundgeschmack / pappiger Mundgeschmack / Geschmacksverlust / Schluckschwierigkeiten /
anderes

Schilddrüse Überfunktion / Unterfunktion / Vergrößerung / Operation wegen:
Kloßgefühl im Hals / anderes

Brustdrüse Operationen / Beschwerden / anderes

Herz Beschwerden / Stechen / Druckgefühl auf der Brust / Beklemmung / Herzklopfen / Rhythmusstörungen / KHK / Stent / Infarkt / Klappenerkrankungen / Operationen / anderes

Lunge häufig Husten / Luftnot bei Belastung / Luftnot nachts / häufig Bronchitis / Lungenentzündung / Asthma bronchiale / COPD (chronische obstruktive Lungenerkrankung) / Tuberkulose / Operationen / Auswurf weißlich/gelblich/locker/zäh / anderes

Magen Völlegefühl / Übelkeit / Sodbrennen / Aufstoßen / Appetitlosigkeit / Gastritis / Magengeschwür / Hiatushernie / Nahrungsmittelunverträglichkeit / Operationen / anderes

Galle Druck im rechten Oberbauch / Fettunverträglichkeit / Steine / Koliken / Operationen / anderes

Leber Vergrößerung / Fettleber / Hepatitis / Entzündungen / anderes

Darm Blähungen / vermehrte Darmgeräusche / Neigung zu Verstopfung / Neigung zu Durchfall / Bauchkrämpfe / Polyp / Hämorrhoiden / Divertikel / Infektionen / Operationen / Reizdarm / kann Stuhl nicht halten / Gefühl nicht fertig zu werden / anderes

Rücken Nackenschmerzen / Schulterschmerzen / Hexenschuss / Ischias / tiefsitzende Kreuzschmerzen / Skoliose / Hohlkreuz / Bandscheibenvorfall / Osteoporose / Wirbeleintrübe / Schleudertrauma / Verspannungen / Bewegungseinschränkungen oder Schmerzen der Halswirbelsäule, Brustwirbelsäule, Lendenwirbelsäule, Kreuz, Steiß, Rippen, Becken / Kälteempfindlichkeit der Lendenwirbelsäule / Operationen / anderes

Arme Schmerzen / Verletzungen / Knochenbrüche / Sehnenscheidenentzündung / Schleimbeutelentzündung / Tennisellenbogen / Karpaltunnelsyndrom / Kribbeln in Fingern / kalte Hände / Morgensteifigkeit der Fingergelenke / anderes

Beine Schmerzen / Verletzungen / Knochenbrüche / Operationen / Krampfadern / Kribbeln / kalte Füße / Taubheitsgefühl / Wassereinlagerungen / Thrombose / Knieprobleme / Kniespiegelung / Meniskusschaden / Hallux valgus / Senk-Spreizfuß / häufiges Umknicken / Hüft dysplasie / anderes

Haut / Nägel Narben / Verbrennungen / Warzen / Geschwüre / Pilze / Ekzeme / Hautverfärbungen / Neigung zu blauen Flecken / Hautjucken / Nagelbettentzündungen / brüchige Nägel / Tüpfelnägel / weiße Flecken in Nägeln / Kontakt-Allergien / trockene Haut / fettige, unreine Haut / Akne / Schuppen / Schuppenflechte / Neurodermitis / Gürtelrose / Entfernung von Leberflecken / Tattoos / Piercings / anderes

Harnwege Nierensteine / Nierenbeckenentzündungen / Harnblasenentzündungen / Reizblase / Stressinkontinenz / Harnträufeln / anderes

Gynäkologisch Schmerzen / Tumore / Myome / Eierstockentzündungen / Zysten / Geschlechtskrankheiten / Gebärmuttersenkung / Ausschabungen / Operationen / anderes

Prostata vergrößert / Entzündungen / Beschwerden beim Wasserlassen / Geschlechtskrankheiten / Operationen / anderes

Erwartungen

Therapiewunsch? Ja / Nein / später

Welche Beschwerden möchten Sie von mir behandelt haben?

Was ist Priorität?

Welche Behandlung wünschen Sie?

schulmedizinisch / naturheilkundlich / Erfahrungsheilkunde / Kombination / einzelne Verfahren:

Wie hoch ist die Motivation, selber Veränderungen durchzuführen?

Raute

Bei wieviel Prozent von 100 des eigenen Idealbildes eines glücklichen Menschen stehen Sie momentan?

ICH – was für mich tun (innerer
Tank) Bsp. Bad, Zeitung, Musik

ZUKUNFTS-
PERSPEKTIVE
(Urlaub, Spirituelles)

+

ARBEIT

FAMILIE/FREUNDE

Sehen Sie für sich weitere Perspektiven?

Gute Fee Frage:

Stellen Sie sich vor, Sie treffen auf eine gute Fee und diese würde Ihnen einen Wunsch erfüllen und etwas dazu schenken, was Sie besonders gut gebrauchen könnten.

Was würden Sie sich wünschen? Ich wünsche....

Was brauchen Sie? Ich brauche....

Was würde sich konkret für Sie ändern, wenn der Therapiewunsch erreicht würde?

Wie würden Sie und Ihre Umgebung merken, dass sich etwas gebessert hat?

Was hindert Sie daran, weitere Schritte zu machen/ Veränderungen durchzuführen?

Was ist machbar?