

Ganzheitlicher Gesundheitsfragebogen

Liebe Patientin, lieber Patient,

Der Fragenbogen ist ein Teil meiner Therapie, bitte nehmen Sie sich die Zeit und füllen Sie ihn sorgfältig aus.

Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an, Akutes unterstreichen

Bitte bringen Sie, falls vorhanden bitte folgendes mit: Arztberichte, Blutbilder, Stuhl- und Speicheldiagnostik.



Name: Vorname:
Straße: PLZ, Ort:
Telefon (Festnetz): Handy:
Email:

versichert: ☐ Privat/Zusatz Versicherungsname: ☐ gesetzlich/Selbstzahler

Geburtsdatum: Alter: Größe: Gewicht:

Haarfarbe: Naturhaarfarbe: Augenfarbe:

In Partnerschaft: Beruf:

Kinder (wie viele, Alter und Geschlecht):

Nationalität und Herkunft: Religion:

Manche Erkrankungen sind herkunftsspezifisch

Wegen Alkohol und tierischen Produkten in Medikamenten.

Was führt Sie aktuell zu mir? (max. 2-3 Stickpunkte)

Seit wann bestehen die Beschwerden?

Wurden folgende Untersuchungen schon mal gemacht?

☐ Schilddrüse	☐ Geschlechtshormone	☐ Eisen	☐ Leber	☐ Cholesterin
☐ Nebenniere	☐ IGE Allergie	☐ Ig4 Allergie	☐ Mineralstoffe	☐ Vitamine
☐ Darmspiegelung	☐ Magenspiegelung	☐ MRT	☐ CT Computertomographie	☐ Ultraschall

Was belastet Sie im Alltag am meisten?

Was wünschen Sie sich von einer Behandlung bei mir?

Was wäre ein gutes Behandlungsergebnis?

Wenn Ihre Beschwerden deutlich gebessert oder nicht mehr vorhanden wären- was würden Sie als Erstes wieder tun können oder wollen?

Körpersysteme - Überblick

Beschwerden	aktuell	früher
Verdauung / Darm	☐	☐
Leber / Galle	☐	☐
Hormone / Zyklus / Wechseljahre	☐	☐
Schilddrüse / Stoffwechsel	☐	☐
Energie / Stress / Schlaf	☐	☐
Immunsystem / Allergien	☐	☐
Haut / Haare / Nägel	☐	☐
Schmerzen / Bewegungsapparat	☐	☐
Zähne / Mund / Kiefer	☐	☐
Lunge / Atemwege / HNO	☐	☐
Herz-Kreislauf-System	☐	☐
Infektionskrankheiten / Impfungen	☐	☐

VERDAUUNG UND ERNÄHRUNG

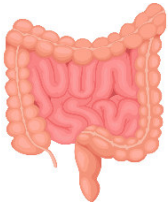


- ☐ **Magen**schmerzen
- ☐ vorm Essen
- ☐ beim Essen
- ☐ nach dem Essen

- ☐ Gastritis A B C
- ☐ Schmerzen Schulter li.
- ☐ Schmerzen Oberbauch
- ☐ Schmerzen Brustbein

- ☐ Reflux
- ☐ stiller Reflux
- ☐ Sodbrennen
- ☐ Halsschmerzen

- ☐ Aufstoßen
- ☐ Völlegefühl
- ☐ Roemheld-Syndrom
- ☐ Magenulkus

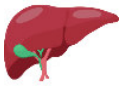


- ☐ **Darm**krämpfe morgens
- ☐ Darmkrämpfe n. Essen
- ☐ Darmkrämpfe v. Essen
- ☐ Darmkrämpfe immer
- ☐ aufgeblähter Bauch
- ☐ Bauchschmerzen
- ☐ Rückenschmerzen

- ☐ Blähungen
- ☐ gehen die Blähungen ab
- ☐ Geruchlos
- ☐ Geruch faule Eier
- ☐ Afterjucken
- ☐ Hämorrhoiden
- ☐ Stuhl geht mit ab

- ☐ Stuhl drang nach Essen
- ☐ Besserung nach Stuhlgang
- ☐ Stuhl drang bei Nervosität
- ☐ Dünndarmfehlbesiedlung
- ☐ Leaky Gut Syndrom
- ☐ Reizdarmsyndrom
- ☐ Fissuren

- ☐ Zöliakie
- ☐ Morbus Crohn
- ☐ Colitis Ulcerosa
- ☐ Polypen
- ☐ Divertikel
- ☐ Divertikulitis
- ☐ Colitis



Leber und Gallenblase

- ☐ Fettleber
- ☐ Cholesterin hoch
- ☐ schlechte Leberwerte

- ☐ Lebervergrößerung
- ☐ Alkohol
- ☐ Spider Navy
- ☐ Schulterschmerzen rechts
- ☐ Galleverlustsyndrom

- ☐ Gallenentzündung
- ☐ Steine, Gries
- ☐ Schmerzen unterm
- ☐ Rippenbogen rechts
- ☐ Gallenblasen-OP



Bauchspeicheldrüse

- ☐ Entzündung
- ☐ Enzymmangel
- ☐ Schwangerschaftsdiabetes

- ☐ Diabetes Typ 1 angeboren
- ☐ Diabetes Typ 1 Autoimmun
- ☐ Diabetes Typ 2

Wie sind Ihre Toilettengewohnheiten und Stuhlbeschaffenheiten?



- ☐ Wie lange sitzen Sie?
- ☐ Lesen Sie?
- ☐ Handy auf der Toilette?
- ☐ Wie oft pro Tag groß?

- ☐ Stuhl hart
- ☐ Stuhl weich
- ☐ Stuhl voluminös
- ☐ Stuhl schwimmt
- ☐ Stuhl schmiert
- ☐ Stuhl geformt

- ☐ Stuhl ungeformt
- ☐ Stuhlfarbe
- ☐ Blutauflagerungen
- ☐ Toilettenpapier viel
- ☐ Toilettenpapier wenig
- ☐ Feuchtes Toilettenpapier

- ☐ Durchfall
- ☐ Verstopfung
- ☐ im Wechsel
- ☐ Schmerzen beim Stuhlgang
- ☐ unvollständige Entleerung

Haben Sie nachgewiesene Unverträglichkeiten?



- ☐ Laktose
- ☐ Fruktose
- ☐ Sorbit
- ☐ Salicylate

- ☐ Glutensensitivität
- ☐ Weizenunverträglichkeit
- ☐ Ananas
- ☐ Histamin

- ☐ Milcheiweiß
- ☐ Milchfett
- ☐ Soja

- ☐ Glutamat
- ☐ Sonstiges

Haben Sie einen Verdacht auf eine Unverträglichkeit? _____

Wie ernähren Sie sich aktuell, bitte unterstreichen? Was haben Sie schon ausprobiert?



- ☐ Vollwertkost
- ☐ Mischkost
- ☐ Rohkost
- ☐ Basisch

- ☐ Vegetarier
- ☐ Laktovegetarier
- ☐ Veganer
- ☐ Rohkost am Abend

- ☐ Eiweißdiät
- ☐ FODMAPs
- ☐ Paleo
- ☐ AI Paleo
- ☐ Low-Carb

- ☐ Wie süßen Sie?
- ☐ Smoothies
- ☐ Eiweißshakes
- ☐ Energiedrinks
- ☐ Zuckerfreie Kaugummi

Verzichten Sie freiwillig auf Lebensmittel?

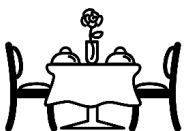


- ☐ Milch
- ☐ Käse
- ☐ Gluten

- ☐ Zucker
- ☐ Hülsenfrüchte
- ☐ Weizen

- ☐ Histaminhaltige Lebensmittel
- ☐ Sonstiges: _____

Wie sind Ihre Ess- und Trinkgewohnheiten?



Wieviel Trinken Sie am Tag und was? (Kaffee, Tee, Wasser etc.)

Haben Sie durst?

- ☐ viel

- ☐ wenig

Wie oft Essen Sie am Tag?

- ☐ Snacks

- ☐ Intermittierenden Fasten

☐ Sind Sie hungrig?

☐ Essen Sie aus Appetit

☐ Essen Sie gerne

☐ Hunger auf Süßes?

☐ Essen Sie, weil Sie müssen.

☐ Angst vorm Essen

☐ Hangry

☐ Gehirnebel

Schmeckt Ihnen Ihr Essen im Moment?

Haben oder hatten Sie eine Essstörung?

☐ ja

☐ ja

☐ nein, warum nicht

☐ nein

Was essen Sie am liebsten?

Was mögen Sie gar nicht?

Trinken Sie Alkohol?

☐ Zigaretten

☐ ja

☐ E-Zigaretten

☐ nein

☐ Shisha

Wieviel Alkohol vertragen Sie?

☐ Drogen

SCHILDDRÜSE UND STOFFWECHSEL

Haben Sie Probleme mit der Schilddrüse?



- ☐ Unterfunktion
- ☐ Unterfunktion
- ☐ Hashimoto Thyreoiditis
- ☐ Morbus Basedow
- ☐ Thyreoiditis de Quervain

- ☐ Kropf
- ☐ Schilddrüse klein
- ☐ Schilddrüse geschwollen
- ☐ Endokrine Orbitopathie
- ☐ Trockene Augen

- ☐ Knoten allgemein
- ☐ Knoten heiß
- ☐ Knoten kalt
- ☐ Zysten

- ☐ Schilddrüsen OP
- ☐ Warum? _____
- ☐ Wann?
- ☐ Schilddrüsenkrebs
- ☐ Radiojodtherapie

- ☐ Herzasen
- ☐ Herzklopfen
- ☐ Herzstolpern
- ☐ Puls hoch
- ☐ Puls niedrig
- ☐ hoher Blutdruck

- ☐ Blähungen
- ☐ Verstopfung
- ☐ Durchfall
- ☐ Haarausfall
- ☐ Zyklusprobleme
- ☐ Libidoverlust

- ☐ Gelenkschmerzen
- ☐ Muskelschmerzen
- ☐ Muskelzittern
- ☐ Kälteempfindlich
- ☐ Wärmeintolerant
- ☐ Schwitzen

- ☐ Brainfog
- ☐ Reizbarkeit
- ☐ Rastlosigkeit
- ☐ wütend
- ☐ depressive Verstimmung
- ☐ Panikattacken

- ☐ Gewichtszunahme
- ☐ Gewichtsverlust
- ☐ Stoffwechsel langsam
- ☐ Stoffwechsel schnell
- ☐ Heißhunger
- ☐ Myxödem

Gab es ein Ereignis bevor die Schilddrüsenerkrankung kam z.B. nach Geburt, hohe Stressphasen etc.?

Wann war die Diagnose der Schilddrüsenerkrankung?

Liegen Schilddrüsenerkrankungen in der Familie?

Nehmen Sie Medikamente dafür ein?

- ☐ L-Thyroxin _____
- ☐ Thybon (T3)

Vertragen Sie die Medikamente?

- ☐ ja, wer _____
- ☐ ja
- ☐ Kombipräparat
- ☐ Thyroxin mit Jod
- ☐ ja

- ☐ Schweinehormone
- ☐ Rinderhormone
- ☐ nein

- ☐ nein
- ☐ nein
- ☐ Carbimazol/Propylcil
- ☐ Betablocker

Wie sieht es mit Ihrer Energie aus? Nebennierenschwäche Cortisol-Dysbalance

- ☐ Erschöpfung
- ☐ Müdigkeit
- ☐ Schlafstörung



- ☐ Infektanfällig
- ☐ Schmerzen
- ☐ keine Stressresistenz

- ☐ Stimmungsschwankung
- ☐ schnell überfordert
- ☐ schnell am ausrasten

- ☐ Erschöpfung trotz Pausen und genügend Schlaf
- ☐ Tagespensum nur unter Anstrengung erreichen
- ☐ Zunahme der Unverträglichkeiten

Ihr aktuelles Befinden

Energie (0 = keine 10 = sehr)

Stresslevel (0 = kein Stress 10 = extremer Stress)

Wie ist Ihre Schlafqualität?



- ☐ Durchschlaf-Probleme

- ☐ gut
- ☐ schlecht
- ☐ Wann und wie oft wachen Sie auf und warum?

- ☐ Aufwachzeit
- ☐ Anzahl der Stunden

- ☐ morgens müde
- ☐ morgens wach

- ☐ Einschlaf-Probleme
- ☐ Wie lange brauchen Sie?

Wie ist Ihre Freizeitgestaltung



- ☐ Haben Sie Hobbies?
- ☐ Freundeskreis
- ☐ groß
- ☐ klein

- ☐ ja, welche
- ☐ Wandern
- ☐ Singen
- ☐ Musizieren

- ☐ nein
- ☐ Tanzen
- ☐ Garten
- ☐ radfahren

- ☐ lesen
- ☐ kochen
- ☐ reisen
- ☐ Sonstiges _____

Treiben Sie Sport?



- ☐ ja
- ☐ Fitness Studio
- ☐ Cardio
- ☐ Kraftsport
- ☐ Kampfsport

- ☐ nein
- ☐ Ballsport
- ☐ Pilates / Yoga
- ☐ Sonstiges _____
- ☐ wie oft?

- ☐ zu Müde für Sport
- ☐ Gewicht zu hoch
- ☐ Gewicht zu niedrig
- ☐ schneller Muskelaufbau
- ☐ langsamer Muskelaufbau

- ☐ lange Regenerationsphasen
- ☐ Schwitzen Sie viel?
- ☐ Schwitzen Sie wenig?
- ☐ Eiweißshakes
- ☐ Proteinriegel

Wie fühlen Sie sich die meiste Zeit?

- ☐ müde
- ☐ unausgeschlafen
- ☐ erschöpft
- ☐ ausgelaugt
- ☐ überfordert
- ☐ energielos
- ☐ angekommen
- ☐ Stressintoleranz

- ☐ wütend
- ☐ zornig
- ☐ rasend
- ☐ ungerecht behandelt
- ☐ unterfordert
- ☐ gestresst
- ☐ energievoll
- ☐ aggressiv

- ☐ gut aufgehoben
- ☐ zufrieden
- ☐ angekommen
- ☐ verletzt
- ☐ gedemütigt
- ☐ ausgenutzt
- ☐ aussichtslos
- ☐ erschöpft

- ☐ ausgeliefert
- ☐ gelangweilt
- ☐ eingebunden
- ☐ gefordert
- ☐ erfolgreich
- ☐ wach
- ☐ ausgeschlafen

- ☐ enttäuscht
- ☐ traurig
- ☐ verzweifelt
- ☐ im Stich gelassen
- ☐ einsam
- ☐ glücklich
- ☐ fröhlich

Haben Sie Probleme mit Ihrem Stoffwechsel?

- ☐ HPU/KPU

- ☐ Gicht

- ☐ Adipositas

- ☐ Insulinresistenz

IMMUNSYSTEM

Haben Sie Probleme mit Histaminüberschuss bzw. -abbau?



- | | | | | |
|--|---|---|---|---|
| ☐ Hitze Gesicht | ☐ Schwellung Gesicht | ☐ Fließschnupfen | ☐ Bluthochdruck | ☐ Übelkeit |
| ☐ Röte Gesicht | ☐ Quaddeln | ☐ Verstopfte Nase | ☐ Herzrasen | ☐ Blähungen |
| ☐ Rotes Dekolleté | ☐ Schwitzen | ☐ Schlafprobleme | ☐ Kreislaufstörung | ☐ Bauchschmerzen |
| ☐ Nehmen Sie was ein? | ☐ Atemnot | ☐ tränende, jucken Augen | ☐ Gehirnnebel | ☐ Durchfall |
| | ☐ Halsschwellung | ☐ Kopfschmerzen | ☐ Müdigkeit | ☐ Juckreiz |
| | ☐ Antihistamin | ☐ Quercetin | ☐ Sonstiges _____ | |

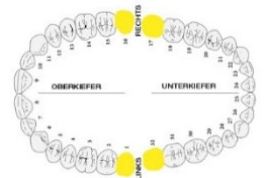
Wie lange dauern die Symptome an? _____

Haben Sie Probleme mit Ihrem Mund oder Zähnen?



- | | | | | |
|--|---|--|---|--|
| ☐ trocken | ☐ Speichelsteine | ☐ Zungen groß | ☐ Zahnschmerzen | ☐ Zahnfleischbluten |
| ☐ brennen | ☐ Aphten | ☐ eingerissene Mundwinkel | ☐ empfindliche Zähne | ☐ Zahnfleischartzündung |
| ☐ Speichelfluss wenig | ☐ Herpes | ☐ Mundgeruch | ☐ Parodontitis | ☐ Zahnseide |
| ☐ Speichelfluss viel | ☐ Pilz | ☐ Schlechter Geschmack | ☐ behandelt, ja | ☐ Zahnbürstchen |
| | ☐ Zungenbelag | ☐ Lippen trocken | ☐ behandelt, nein | ☐ Zähne putzen wie oft |
| | Farbe _____ | | | |

- | | | | |
|---|-------------------------------------|---|---|
| ☐ Amalgam | ☐ Gold | ☐ Weisheitszähne vorhanden | Bitte zeichnen Sie wurzelbehandelte und fehlende Zähne ein. |
| ☐ Amalgam entfernt | ☐ Implantate | ☐ Milchzähne vorhanden | |
| ☐ Kunststoff | ☐ Brücken | ☐ Zahnprothese | |
| ☐ Keramik | | | |
| | | | |



Haben Sie Probleme mit Ihren Atmungsorganen?



- | | | | | |
|---|---|---|--------------------------------------|---|
| ☐ COPD | ☐ Asthma | ☐ Husten | ☐ Sinusitis | ☐ Schnarchen |
| ☐ Bronchitis | ☐ Asthma allergisch | ☐ Schleim | ☐ Nasenbluten | ☐ Verkrustungen |
| ☐ Lungenentzündung | ☐ erschöpft Treppensteigen | ☐ Tief Einatmen schwer | ☐ Verstopft | ☐ Geruchsverlust |
| ☐ Lungenfibrose | ☐ Luftnot | ☐ Ausatmen schwer | ☐ Polypen | ☐ Nasenspray |

Sind Sie geimpft? Sie müssen den Impfausweis nicht mitbringen



- | | | | |
|--|--|--------------------------------------|--------------------------------------|
| ☐ Corona | ☐ ja | ☐ nein | ☐ Impfstoff |
| ☐ Diphtherie | ☐ Polio | ☐ Hepatitis B | ☐ Masern |
| ☐ HPV | ☐ FMSE | ☐ Mumps | ☐ Röteln |
| ☐ Influenza | ☐ Windpocken | ☐ Strovac | ☐ Keuchhusten |
| ☐ Meningokokken | ☐ Herpes Zoster | ☐ Tetanus | |

Hatten Sie schon eine Infektionskrankheit? (Bitte Jahr angeben)

- | | | | | |
|---|---|---|---|---------------------------------------|
| ☐ Virushepatitis A, B, C, D, E | ☐ Keuchhusten | ☐ Diphtherie | ☐ Röteln | ☐ Pneumokokken |
| ☐ Influenza | ☐ Windpocken | ☐ Borreliose | ☐ Hirnhautentzündung | ☐ Malaria |
| ☐ EBV/Pfeiffersches Drüsenfieber | ☐ Masern | ☐ FSME | ☐ Meningokokken | ☐ TBC |
| ☐ Corona | Verlauf: _____ | ☐ Verlauf: _____ | | |
| ☐ nein | ☐ Post-Vaccine-Syndrom | ☐ Long-Covid | | |

Hatten Sie eine Krebserkrankung?

- | | | | | | |
|--------------------------------------|------------------------------------|-----------|--------------------------------------|--|--------------------------------------|
| ☐ Wann? _____ | ☐ Operation | Wo? _____ | ☐ Bestrahlung | ☐ Chemotherapie | ☐ Medikamente |
|--------------------------------------|------------------------------------|-----------|--------------------------------------|--|--------------------------------------|



Haben Sie Allergien?

- | | | | | |
|---------------------------------------|--|---|---|--|
| ☐ Heuschnupfen | ☐ Pollen | ☐ Sellerie | ☐ Latex | ☐ Schimmelpilze |
| ☐ Korbblütler | ☐ Gräser | ☐ Nüsse | ☐ Nickel | ☐ Penicillin |
| | ☐ Hausstaubmilben | ☐ Soja | ☐ Pflaster | ☐ Acetylsalicylsäure |
| | ☐ Tierhaare | ☐ Erdbeeren | ☐ Sonne | |
| | | ☐ Mandelentzündungen | ☐ Räuspern | ☐ Kloßgefühl |
| | | ☐ Mandelsteine | ☐ Heisere Stimme | ☐ Husten |
| | | ☐ große Mandeln | ☐ Struma | ☐ Lymphknoten geschwollen |

Haben Sie Probleme mit Ihrem Hals?



- | |
|---|
| ☐ Halsschmerzen |
| ☐ Kehlkopfentzündungen |

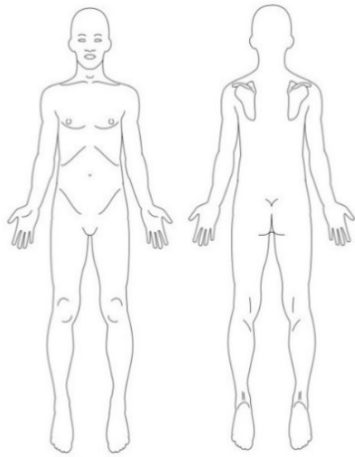
Haben Sie Problemem mit den Augen oder Ohren?



- | | | | | |
|--|---------------------------------------|--|--|--|
| ☐ Tränende | ☐ Geschwollene | ☐ Brille | ☐ Tinnitus | ☐ Ohrjucken |
| ☐ Trockene | ☐ Rot | ☐ Kontaktlinsen | ☐ Hörsturz | ☐ Ohrendruck |
| ☐ Augenentzündungen | ☐ Verklebt | ☐ gelasert | ☐ Schwerhörig | ☐ Mittelohrentzündung |
| ☐ Bindehautentzündung | ☐ kurzsichtig | ☐ Grüner Star | ☐ Ohrenschmalz viel | ☐ Schwindel |
| | ☐ weitsichtig | ☐ Grauer Star | | |

Wie geht es Ihren Knochen und Muskeln?

- | | |
|---|--|
| ☐ Kopfschmerzen | ☐ Gesichtsschmerzen |
| ☐ Spannungskopfschmerzen | ☐ Facialis |



- | | | |
|---|---|--|
| ☐ Spannungskopfschmerzen | ☐ Schulter Impingement | ☐ Trigeminus |
| ☐ Halswirbelsäule | ☐ Sehnenscheidentzündung | ☐ Anlaufschmerz |
| ☐ Brustwirbelsäule | ☐ Karpaltunnelsyndrom | ☐ Ruheschmerz |
| ☐ Lendenwirbelsäule | ☐ Meniskus | ☐ kleine Gelenke |
| ☐ Skoliose | ☐ Ganglion | ☐ große Gelenke |
| ☐ Hohlkreuz | ☐ Leistenbruch | ☐ Restless Legs |
| ☐ Rundrücken | ☐ Ischias | ☐ Arthrose |
| ☐ Morbus Scheuermann | ☐ geschwollene Beine | ☐ Arthritis |
| ☐ ISG | ☐ Schleudertrauma | ☐ Rheumatoide Arthritis |
| ☐ Steißbein | ☐ Bandscheibenvorfall | ☐ Fibromyalgie |
| ☐ Trichterbrust | ☐ Wo? | ☐ Rheuma |
| ☐ Muskelkrämpfe | ☐ Morbus Bechterew | ☐ ANA |
| ☐ Muskelschmerzen | ☐ Kollagenose | ☐ HLA-B27 |
| ☐ Muskelzittern | ☐ Osteoporose | ☐ Rheumafaktor |
| ☐ Myogelosen | ☐ Rippen Schmerzen | ☐ Anti CCP |
| ☐ Rückenschmerzen | | ☐ ANCA |

Was nehmen Sie hierfür ein? _____ Haben Sie Narben? Wenn ja, wo? _____

Hatten Sie Knochenbrüche oder Sehnenabrissse? Wenn ja, Wo? _____

Welche Operationen hatten Sie? (Bitte Jahr angeben)



- | | | | |
|---------------------------------------|--|---|--|
| ☐ Blinddarm | ☐ Schilddrüse | ☐ Knie re ___ li ___ | ☐ Brust-OP |
| ☐ Gallenblase | ☐ Gebärmutter | ☐ Schulter re ___ li ___ | ☐ Augen gelasert |
| ☐ Darm | ☐ Zysten | ☐ Hüfte re ___ li ___ | ☐ Lidstraffung |
| ☐ Mandeln | ☐ Endometriose | ☐ Karpaltunnel re ___ li ___ | ☐ Nasenkorrektur |
| ☐ Nasenpolypen | ☐ Kaiserschnitt | ☐ Halux re ___ li ___ | ☐ Transplantationen |
| ☐ Zahn | ☐ Bauchspiegelung | ☐ Bandscheibe _____ | ☐ Krampfaderen |

Hatten Sie schon mal einen Autounfall? _____

☐ ja ☐ nein

Hatten Sie schon andere Unfälle? Wenn ja, was für welche? _____ Wann? _____

Haben Sie Schmerzen?



- | | | |
|---|--|--|
| ☐ Wo, welches Organ oder Stelle am Körper? _____ | ☐ Intensität 1-11 | ☐ Vernichtungsschmerz |
| ☐ Dauer? | ☐ heftig | ☐ pocht |
| ☐ quälend | ☐ lähmend | ☐ kolikartig |
| ☐ drückend | ☐ ziehend | |
| ☐ kribbeln | ☐ elektrisierend | |
| ☐ brennt | ☐ dumpf | |

Haben Sie Probleme mit Blase / Niere / Prostata?



- | | | | |
|--|---|---|---|
| ☐ Blasenentzündung | ☐ schwache Blase | ☐ Nierenbeckenentzündung | ☐ Prostataprobleme |
| ☐ Blasenentzündung häufig | ☐ Inkontinenz | ☐ Nierensteine /-gries | ☐ Zystenniere |
| ☐ brennen | ☐ Trampolin springen | ☐ Rückenschmerzen | ☐ Eiweißshakes |
| ☐ Schmerzen | ☐ Lachen | ☐ Reizblase | ☐ Hautprobleme |

Haben Sie Probleme mit Haut, Haaren und Nägeln?



- | | | | | |
|------------------------------------|---|--|---|--|
| ☐ trocken | ☐ Urtikaria | ☐ Stielwarzen | ☐ Orangerhaut | ☐ Schwitzen stark |
| ☐ fettig | ☐ Juckreiz | ☐ Melanome | ☐ Lymphödem | ☐ Geruch |
| ☐ schuppig | ☐ Neurodermitis | ☐ Pigmentflecken | ☐ Lipödem | ☐ Geruchlos |
| ☐ unrein | ☐ Psoriasis | ☐ starke Narbenbildung | ☐ Piercings, wo? | ☐ überall |
| ☐ entzündet | ☐ Akne | ☐ viel Hornhaut | ☐ Tattoos, wo? | ☐ Kopf |
| ☐ rot | ☐ Pilz Wo? _____ | ☐ Wundheilungsstörungen | | ☐ Wo? _____ |
| ☐ blass | ☐ Vitiligo | ☐ Ekzeme | | |

- | |
|---|
| ☐ Haare fettig |
| ☐ trocken |
| ☐ Fingernägel brechen ab |
| ☐ weich |

- | |
|-----------------------------------|
| ☐ Schuppen |
| ☐ Ekzeme |
| ☐ hart |
| ☐ Rillen |

- | |
|--------------------------------------|
| ☐ Haarausfall |
| ☐ Haarbruch |
| ☐ fleckig |
| ☐ Pilz |

- | |
|---|
| ☐ getönt |
| ☐ gefärbt |
| ☐ Künstliche Fingernägel |

- | |
|-------------------------------------|
| ☐ blondiert |
| ☐ Extensions |

Haben Sie Herz-Kreislauf-Erkrankungen?



- | | |
|---|--|
| ☐ Herzerkrankung | ☐ Puls schnell |
| | ☐ Puls langsam |
| | ☐ Blutdruck hoch |
| | ☐ Blutdruck niedrig |
| ☐ Herzrasen | ☐ Herzstolpern |

- | |
|---|
| ☐ Durchblutungsstörungen |
| ☐ kalte Hände |
| ☐ kalte Füße |
| ☐ frieren |

- | |
|--|
| ☐ Krampfaderen |
| ☐ Besenreiser |
| ☐ Gerinnungsstörung |
| ☐ Schlaganfall |
| ☐ Aneurysma |

- | |
|---|
| ☐ B 12 Mangel |
| ☐ Cholesterin erhöht |
| ☐ Thrombosen |
| ☐ Anämie |

WEIBLICHE PATIENTEN



☐ Periode regelmäßig	☐ Östrogendominanz	☐ Ausfluss	☐ rasiert
☐ Periode unregelmäßig	☐ Progesteronmangel	☐ Geruchslos	☐ Piercings
☐ Zyklusdauer _____	☐ Progesteronüberschuss	☐ Geruch	☐ tragen Sie Strings
☐ Blutungsdauer _____	☐ Zysten	☐ Scheidentrockenheit	☐ Synthetische Unterwäsche
☐ PMS	☐ PCOS	☐ Pilze	☐ Intimwaschlotion
☐ Regelschmerzen	☐ Myome	☐ Juckreiz	
☐ Schmerzen beim GV			

Hatten Sie Schwangerschaften?

☐ Schwanger	☐ Kaiserschnittgeburt	☐ Fehlgeburt	☐ Abbruch	☐ Kinderwunsch
☐ Schwanger gewesen	☐ Natürliche Geburt	☐ Eileiterschwangerschaft	☐ Ausschabung	

Wie verhüten Sie aktuell, bitte unterstreichen? Welche Verhütungsform haben Sie schon verwendet?

☐ Pille _____	Nehmen Sie die Pille durchgängig?	☐ ja	☐ nein
☐ Nuva Ring	☐ Spirale (Kupfer)	☐ Kupferkette	
☐ Verhütungspflaster	☐ Spirale (Hormon)	☐ Diaphragma	☐ Verhütungscomputer
☐ Depotspritze	☐ Verhütungsstäbchen		☐ Kondome
Vertragen Sie das Verhütungsmittel?	☐ ja		☐ Temperaturmethode
			☐ nein

Wann war die letzte Periode? _____

Erste Periode (als Mädchen) _____ letzte Periode (als Frau) _____

Sind die Hormone getestet worden?

☐ Blut

☐ Speichel

Ergebnisse bitte mitbringen.

Nehmen Sie Hormone Progesteron oder DHEA etc.?

☐ ja

☐ nein

Warum und seit wann? _____

Haben Sie eine Endometriose?

☐ Verdacht	☐ Wie viele? ____	☐ Pille ja	☐ Pille nein	☐ Schokoladenzysten
☐ Diagnose bestätigt	☐ OP Bericht mitbringen	☐ wird durchgenommen	☐ Periode regelmäßig	☐ Myome
☐ Operation		☐ wird vertragen	☐ Zwischenblutungen	☐ Zysten
			☐ wird vertragen	☐ Adenomyose

Wann und wo sind die Schmerzen?

☐ immer	☐ vor der Periode	☐ beim Stuhlgang	☐ Oberbauch	☐ Rücken LWS
☐ Mittelschmerz	☐ während der Periode	☐ beim Wasserlassen	☐ Gebärmutter	☐ Rücken Steißbein
☐ ab Eisprung	☐ nie	☐ Unterbauch	☐ Eierstock	☐ Beine

Haben Sie das Polycystische Ovarialsyndrom PCOS ?



☐ Periode regelmäßig	☐ Gewichtszunahme	☐ Haarausfall Kopf	☐ Unreine Haut Gesicht
☐ Zyklusdauer _____	☐ Gewichtszunahme Bauch	☐ Haare Gesicht	☐ Unreine Haut Rücken
☐ Blutungsdauer _____	☐ Gewicht normal	☐ Haare Bauch	☐ Unreine Haut Beine
☐ Periode unregelmäßig	☐ Insulinresistenz	☐ Haare Beine	☐ Depressionen
☐ keine Periode		☐ gelasert	☐ Libidoverlust

Sind Sie in den Wechseljahren?



☐ Periode regelmäßig	☐ ja, seit wann?	☐ trockene Haut	☐ Kopfschmerzen
☐ Zyklusdauer _____	☐ Schweißausbrüche	☐ trockene Scheide	☐ Muskelschmerzen
☐ Blutungsdauer _____	☐ Hitzewallungen	☐ trockene Augen	☐ Osteoporose
☐ keine Periode	☐ Nachtschweiß	☐ Haarausfall	☐ Stimmungsschwankungen
☐ Dauerblutung	☐ Herzrasen	☐ Gewichtszunahme	☐ Depressionen
☐ Myome	☐ Blasenschwäche	☐ Gewichtszunahme Bauch	☐ Libidoverlust

AUS GANZHEITLICHER SICHT IST MIR AUCH WICHTIG IHRE PERSÖNLICHEN VERHÄLTNISSE ZU ERFAHREN

Welche Vorerkrankungen gibt es in der Familie? (z.B. Genetische Erkrankungen, Krebs, Schilddrüse, Herzleiden)



Eltern:

Geschwister:

Großeltern:

Tanten und Onkel:

Wie war Ihre Geburt?

☐ Natürlich

☐ Kaiserschnitt

☐ gestillt

☐ Flaschenkind

Wie war Ihre Kindheit?

☐ glücklich

☐ unglücklich

☐ eigene Aussage:

Wie war Ihre Pubertät?

☐ glücklich

☐ unglücklich

☐ eigene Aussage:

Wie war Ihre Schulzeit

☐ glücklich

☐ unglücklich

☐ eigene Aussage:

Wie ist Ihr Beziehungsstatus?

☐ Single glücklich

☐ Single unglücklich

☐ alleinerziehend

☐ Patchworkfamilie

☐ geschieden

☐ Beziehung

☐ verheiratet

☐ glücklich

☐ unglücklich

☐ auf und ab

☐ frisch getrennt

☐ in Scheidung

☐ geschieden

Haben Sie Kinder (wie viele, Alter und Geschlecht):

Schule, Studium und Arbeit



Welchen Schulabschluss haben Sie?

Haben Sie eine Ausbildung gemacht?

Haben Sie studiert?

Arbeiten Sie in Ihrem Beruf?

Gehen Sie gerne in die Schule oder zur Arbeit?

Wie arbeiten Sie?

Mögen Sie Ihren Job, wenn nein warum nicht?

☐ ja

☐ nein

☐ ja

☐ nein

☐ ja

☐ nein

☐ ja

☐ nein

☐ Vollzeit

☐ Teilzeit

☐ ja

☐ nein

Wichtige Ereignisse in Ihrem Leben, die Sie mir mitteilen wollen

Wie sieht ein typischer Tag bei Ihnen aus?

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

	gering	mäßig	groß	zu allem bereit
Ernährung	☐	☐	☐	☐
Schlaf	☐	☐	☐	☐
Stresslevel	☐	☐	☐	☐
Bewegung/Sport	☐	☐	☐	☐
Lifestyle	☐	☐	☐	☐

Waren Sie schon mal beim Heilpraktiker?

☐ ja

☐ nein

Welche Therapien haben Sie schon gemacht?

Sind Sie in momentan in Behandlung?

☐ Arzt

☐ Heilpraktiker

Aus welchem Grund?

.....

Ich wende in meiner Praxis unter anderem folgende Therapien an:

Bitte kreuzen Sie an, welche Therapieform Sie bevorzugen und streichen Sie durch welche Sie keinesfalls wünschen.

☐ Phytotherapie-Pflanzenheilkunde	☐ Haben Sie Angst vor Spritzen?	☐ Stuhl Diagnostik
☐ Nährstofftherapie - Orthomolekulare Medizin	☐ Infusionstherapie (Vitamine, Mineralstoffe, Basen)	☐ Hormondiagnostik
☐ Spagyrik - Pflanzenessenzen (Urtinkturen)	☐ Neuraltherapie	☐ Urindiagnostik
☐ Komplexhomöopathie	☐ Cranio-Sakrale-Osteopathie	☐ Blutdiagnostik
☐ Cranio-Sakrale-Osteopathie	☐ Bauchmassage	☐ Speicheldiagnostik

Welche Medikamente (mit Name, Dosis und seit wann) nehmen Sie regelmäßig ein?

☐ Herzmedikamente	☐ Antidepressiva	_____
☐ Blutdruckmittel	☐ Cholesterinsenker	_____
☐ Allergiemittel	☐ Gerinnungshemmer	_____
☐ Schilddrüsenmedikamente	☐ Schmerzmittel (Wie oft im Monat und warum?)	_____
☐ Pille	☐ Protonenpumpenhemmer (z.B. Omeprazol)	_____
☐ Nasenspray	☐ Sonstige Medikamente	_____

Wann war das letzte Antibiotika und warum? _____

Haben Sie Cortison über einen längeren Zeitraum genommen, wenn ja warum? _____

☐ Naturheilkundliche Mittel: Schüssler Salze, Homöopathie _____

Welche Nahrungsergänzungsmittel nehmen Sie momentan ein? Machen Sie ein Foto oder bringen Sie sie mit.

☐ Multivitamin	☐ Selen	☐ Rhodiola	☐ Basenmittel	☐ Abführmittel
☐ Vitamin B12	☐ Magnesium	☐ Guarana	☐ Zeolith	☐ Flohsamenschalen
☐ Vitamin B Komplex	☐ Calcium	☐ Medizinpilze	☐ Bentonit	☐ Leinsamen
☐ Vitamin D	☐ Jod	☐ Probiotika	☐ DAOzym	☐ Chia
☐ Vitamin C	☐ Aminosäuren	☐ Enzyme	☐ Laktase	☐ Sonstiges

Wie sind Sie auf mich aufmerksam geworden? _____

☐ Ja, ich möchte den Newsletter abonnieren?

Datum _____ Patientenname im Druckbuchstaben _____

Patientenunterschrift _____

Vielen Dank für Ihr Vertrauen und ich freue mich auf eine gute Zusammenarbeit.

Mit besten Grüßen für Ihre Gesundheit Ihre Heilpraktikerin Lena Brauer

