

## 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: ..... Tel. Festnetz: ..... mobil: .....

Krankenkasse: ..... Größe: ..... Gewicht: .....

Blutgruppe :  A  B  AB  0  Positiv  Negativ

### Wie sind Sie auf mich aufmerksam geworden?

Überweisung durch: .....  auf Empfehlung von: .....

Internet über:  Ärztebewertungssportale  Praxishomepage  Sonstiges: .....

### Welches Anliegen führt Sie zu mir?

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"/>

Erkrankungen der Familie:	Mutter	Vater	Geschwister
Andere wichtige Erkrankungen:	.....	.....	.....
Mutter verstorben?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Wann? .....	Alter? ..... Woran? .....
Vater verstorben?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Wann? .....	Alter? ..... Woran? .....

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

<input type="checkbox"/> Bluthochdruck	seit: .....	<input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung	seit: .....
<input type="checkbox"/> Herzinfarkt	.....	<input type="checkbox"/> Nierenerkrankung	seit: .....
<input type="checkbox"/> Koronare Herzkrankheit	.....	<input type="checkbox"/> Chron. Darmerkrankung	seit: .....
<input type="checkbox"/> Schlaganfall	.....	<input type="checkbox"/> Lebererkrankung	seit: .....
<input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörungen	seit: .....	<input type="checkbox"/> Rheuma	seit: .....
<input type="checkbox"/> Thrombose	.....	<input type="checkbox"/> Hörsturz/ Tinnitus	seit: .....
<input type="checkbox"/> Lungenembolie	.....	<input type="checkbox"/> Depression/ Nervenleiden	seit: .....
<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus	seit: .....	<input type="checkbox"/> Neurodermitis	seit: .....
<input type="checkbox"/> Asthma	seit: .....	<input type="checkbox"/> Heuschnupfen	seit: .....
<input type="checkbox"/> COPD/ Emphysem	seit: .....	<input type="checkbox"/> Andere Allergien	seit: .....
<input type="checkbox"/> Reizdarm	seit: .....	<input type="checkbox"/> Der letzte Allergietest war im Jahr :	.....
<input type="checkbox"/> Krebserkrankung	.....		
Wenn ja: welche?	.....		

Welche Infektionskrankheiten hatten Sie?

- Masern  Mumps  Röteln  Windpocken  Scharlach  Salmonellose  
 Bakterienruhr  Keuchhusten  Tropenkrankheiten  Tuberkulose  Pfeifersches Drüsenvieber

Andere:

Haben Sie Narben von Operationen?  nein  ja

Haben Sie schon mal Bluttransfusionen erhalten?  nein  ja

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?

	(fast) nie	ab und zu	häufig	(fast) immer	derzeit
Husten	<input type="checkbox"/>				
Auswurf	<input type="checkbox"/>				
Schleimgefühl im Hals oder Rachen	<input type="checkbox"/>				
Verstopfte Nase/ Naselaufen/ Niessen	<input type="checkbox"/>				
Luftnot bei Anstrengung	<input type="checkbox"/>				
Luftnot in körperlicher Ruhe	<input type="checkbox"/>				
Engegefühl/Beklemmung der Brust	<input type="checkbox"/>				
Einschlafstörung	<input type="checkbox"/>				
Durchschlafstörung	<input type="checkbox"/>				
Schnarchen	<input type="checkbox"/>				
Nächtliche Atemauffälligkeiten/ -pausen	<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"/>				
Schwindel	<input type="checkbox"/>				
Heißhungerattacken	<input type="checkbox"/>				
Appetitlosigkeit	<input type="checkbox"/>				
Mundgeruch	<input type="checkbox"/>				
Rückenschmerzen: Halswirbelsäule	<input type="checkbox"/>				
Rückenschmerzen: Lendenwirbelsäule	<input type="checkbox"/>				
Hüftprobleme/ -schmerzen	<input type="checkbox"/>				
Knieprobleme/ -schmerzen	<input type="checkbox"/>				
Sonstige Gelenkbeschwerden	<input type="checkbox"/>				
Muskel- oder Wadenkrämpfe	<input type="checkbox"/>				
Muskelschwäche	<input type="checkbox"/>				
Antriebslosigkeit/ Lustlosigkeit	<input type="checkbox"/>				

	(fast) nie	ab und zu	häufig	(fast) immer	derzeit
Traurigkeit/ Depressivität	<input type="checkbox"/>				
Ängste	<input type="checkbox"/>				
Vermehrtes Schwitzen tagsüber	<input type="checkbox"/>				
Vermehrtes Schwitzen nächtlich	<input type="checkbox"/>				
Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/>				
Haarausfall	<input type="checkbox"/>				
Hautprobleme (Jucken, Rötung, Akne...)	<input type="checkbox"/>				
Gehäuftes Wasserlassen	<input type="checkbox"/>				
Augentrockenheit	<input type="checkbox"/>				
Mundtrockenheit	<input type="checkbox"/>				
Wassereinlagerungen (Hände? Füße?)	<input type="checkbox"/>				

#### Infektfälligkeit

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, Zahnpflegemethoden, 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

	(fast) nie	ab und zu	häufig	(fast) immer	derzeit
Blähungen	<input type="checkbox"/>				
Bauchschmerzen/-krämpfe	<input type="checkbox"/>				
Völlegefühle	<input type="checkbox"/>				
Übelkeit	<input type="checkbox"/>				
Erbrechen	<input type="checkbox"/>				
Sodbrennen	<input type="checkbox"/>				
Saures Aufstoßen	<input type="checkbox"/>				
Vermehrtes Aufstoßen (nicht sauer)	<input type="checkbox"/>				

#### Rauchgewohnheiten:

Ich bin Nichtraucher  immer schon

Ich rauche durchschnittlich etwa ..... Zigaretten pro Tag  seit ..... Jahren

früher rauchte ich ..... Zigaretten pro Tag

#### Veränderung Ihres Körpereigengewichts:

Ich habe in den letzten 10 Jahren unterm Strich:

mein Gewicht kaum verändert  ..... kg abgenommen  ..... kg zugenommen

#### Treiben Sie regelmäßige 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

Überkrone 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
Milch	<input type="checkbox"/>				
Quark	<input type="checkbox"/>				
Joghurt	<input type="checkbox"/>				
Käse	<input type="checkbox"/>				
Eier	<input type="checkbox"/>				
Brot/ Brötchen	<input type="checkbox"/>				
Müsli	<input type="checkbox"/>				
Nudeln	<input type="checkbox"/>				
Kuchen	<input type="checkbox"/>				
Süßigkeiten	<input type="checkbox"/>				
	(fast) nie	ab und zu	mehrfach pro Wo.	einmal täglich	mehrfach täglich
Fleisch	<input type="checkbox"/>				
Fisch	<input type="checkbox"/>				
Wurst	<input type="checkbox"/>				
Gemüse	<input type="checkbox"/>				
Obst	<input type="checkbox"/>				
Kaffee	<input type="checkbox"/>				
Tee	<input type="checkbox"/>				
Wasser mit / Ohne Kohlensäure	<input type="checkbox"/>				
Fruchtsäfte	<input type="checkbox"/>				
Coca Cola	<input type="checkbox"/>				
Süßgetränke	<input type="checkbox"/>				
Bier (Gläser)	<input type="checkbox"/>				
Wein (Gläser)	<input type="checkbox"/>				

Wie viel Liter trinken Sie durchschnittlich pro Tag (alle Getränke zusammengerechnet)? ..... Liter

Gibt es Nahrungsmittel, die Ihnen (egal wie) nicht gut bekommen?

**Wohnung**

Sind Ihr Schlaf- und Arbeitsplatz auf geopathische und Elektrosmog-Belastungen untersucht worden?

nein  ja

**Wie sind Ihre Wohnung / Ihr Haus und die Wohnumgebung beschaffen?**

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Funkmasten in der Nähe | <input type="checkbox"/> Überlandleitung/Bahnstrom in der Nähe | <input type="checkbox"/> Bäche, Flüsse in der Nähe |
| <input type="checkbox"/> Schimmelpilzbelastung  | <input type="checkbox"/> Teppichböden                          | <input type="checkbox"/> Mikrowelle/Induktionsherd |

**Wie ist Ihr Schlafplatz eingerichtet?**

- |  |   |                                     |
|--|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> schnurlose Telefone/Internet            | <input type="checkbox"/> elektrische Geräte im Stand-by-Modus | <input type="checkbox"/> Wasserbett |
| <input type="checkbox"/> Bett mit eingebautem elektrischem Motor |   |                                     |

**Wie ist Ihr Schlaf?**

- |  |   |   |   |
|--|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Schlaflosigkeit | <input type="checkbox"/> Sprechen im Schlaf               | <input type="checkbox"/> Zähneknirschen | <input type="checkbox"/> Unruhe in den Beinen |
| <input type="checkbox"/> heiße Füße      | <input type="checkbox"/> Schwierigkeiten beim Einschlafen |   |   |
| <input type="checkbox"/> Nachtschweiß    | <input type="checkbox"/> lebhafte Träume                  |   |   |

häufiges Erwachen – um wieviel Uhr: .....

häufiges Wasserlassen – wie oft? : .....

Schlaflage:

Bauch     Rücken     links  rechts     sitzend     kniend     zusammengerollt

Schlafdauer: .....

Übliche Bettgehzeit: .....

Übliche Aufstehzeit: .....

## Systembefragung

**Kopf:**

Leiden Sie unter Kopfschmerzen?     häufig     selten     nie

Wenn ja, wo und wann?

Stirn-Augen-Schläfen-Region     Hinterhauptregion     halbseitig links     halbseitig rechts  
 doppelseitig     wandernd von links nach rechts     wandernd von rechts nach links  
 morgens     abends

Auslöser der Kopfschmerzen: .....

Was verringert die Schmerzen? .....

Was verschlimmert die Schmerzen? .....

**Haare:**

Haarausfall     kreisrunder     vereinzelter

Seit wann? .....

**Augen:**

Bindehautentzündungen     kurzsichtig     weitsichtig    Brille seit: .....

Sonstige Beschwerden: .....

**Ohren:**

Schmerzen links     Schmerzen rechts     beidseitig     schwerhörig  
 Ohrenrausche     Ohrendruck     Mittelohrentzündungen     Tinnitus

**Nase:**

Operationen     Heuschnupfen     häufige Nasennebenhöhlen-Entzündungen

behinderte Nasenatmung     verstopfte Nase    Allergien auf: .....

Absonderungen:     wässrig     schleimig     eitrig     grünlich

**Mandeln:**

Operation     häufige Mandelentzündungen:     als Kind     heute

**Schilddrüse:**

Überfunktion     Unterfunktion     Vergrößerung     Operation

**Brust / Herz:**

Brustdrüsenschmerzen     Beschwerden     Operation     Herzbeschwerden     Stechen  
 Druckgefühl     Infarkt     Beklemmung     Rhythmusstörungen     Lungenentzündung  
 Bronchitis     häufiger Husten     Atemnot     Asthma

**Leber:**

- Entzündungen     Hepatitis     Gallensteine     Koliken     Operation  
 Druck im Oberbauch     Fettunverträglichkeit

**Magen:**

- Völlegefühl     Gastritis     Appetitlosigkeit     Sodbrennen     Essstörungen  
 Müdigkeit vor allem nach dem Essen

**Rücken:**

- Häufige Schmerzen     regelmäßiger Hexenschuss     Ischias     Skoliose  
**Rückenbeweglichkeit:**     Verspannungen     entzündlich     steif/eingeschränkt     Operation

**Nieren / Blase:**

- Nierensteine     Entzündungen

- Harn:**     viel     wenig     häufig     Bettnässen     kann Harn nicht halten  
 geschwächter Urinstrahl

**Geruch nach:** .....

**Darm:**

- Infektionen     Hämorrhoiden     Blinddarmoperation     Blähungen

- Stuhlgang:** Geruch nach: .....
- unregelmäßig     häufige Verstopfung     Neigung zu Durchfall     täglich     jeden 2. Tag  
 Gefühl, nicht fertig zu werden     kann Stuhl nicht halten

- Konsistenz des Stuhls:**     hell     dunkel     übelriechend     hart     knollig  
 weich     schmierig     pastenartig     schwimmend     tauchend

**Arme / Beine :**

- Arme:**     Verletzungen     Schmerzen     Kribbeln     Kalte Hände     Tennisellenbogen  
 Taubheit     geschwollen     Einschlafen

- Beine:**     Verletzungen     Schmerzen     Krampfadern     Operationen     kalte Füße  
 Kribbeln     Taubheitsgefühl     Rückstauungen

**Haut / Nägel:**

- Verbrennungen     Narben     Geschwüre     Hautjucken  
 Warzen     kribbeln     Pilzbefall     eingewachsene Nägel  
 Schmerzen     Ausschlag     Nagelbettentzündungen

**Gynäkologischer Bereich:**

- Ausfluss:**     keiner     stark     weiß     gelb     färbt die Wäsche  
 wundmachend

- Schmerzen     Eierstockentzündung     Ausschabungen

- Fehlgeburten     Geburten/Anzahl: .....
- Zysten     Myome     Geschlechtskrankheiten     Abtreibungen     Tumore

**Menses:** .....    **Wann war die erste Menses?** .....

- Blutungen sind:**     hell     dunkel     klumpig     braun     regelmäßig     unregelmäßig

## Urologischer Bereich:

Prostata:  vergrößert  Entzündungen  Beschwerden beim Wasserlassen  
 Geschlechtskrankheiten

Sexualität:  Beschwerden beim Geschlechtsverkehr

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 Tigkeit: ..... Wochenarbeitszeit: ..... h

## Welche Impfungen haben Sie wann erhalten?

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

## Reiseunternehmungen:

*Waren Sie in den letzten*  *Wochen*  *Monaten*  *Jahren im Ausland*

unterwegs. Falls ja, in welchen Ländern: .....

Hatten Sie im Urlaub Kontakt zu Tieren, falls ja – zu welchen: .....

weitere Angaben falls nötig/möglich:.....

**Informationen zu Tierkontakte:**

Mit welchen Tieren hatten oder haben sie regelmäßig Kontakt.

Hund       Katze       Vogel       Pferd       Kuh       Hühner

Andere: .....

Wurden Sie irgendwann in Ihrem Leben von einer Katze gebissen oder gekratzt?

nein     ja

**Beschwerden:**

Ordnen Sie die Beschwerden nach ihrer Wichtigkeit und bewerten Sie die Schwere des Symptoms mit 0 = **sehr gut bis 10 = sehr schlecht**, schreiben Sie die Zahl einfach hinter das Symptom.

1. ....
2. ....
3. ....
4. ....
5. ....
6. ....

Welche Behandlungen haben Sie gegen die Beschwerden bereits bekommen?

Wie war der Erfolg?       sehr gut       gut       mäßig       schlecht  
 sehr schlecht

Was war unmittelbar vor dem ersten Auftreten Ihrer jetzigen Beschwerden?

eine Erkrankung       Kummer       Trauer       Schreck  
 Operationen       Hautausschläge       kein Zusammenhang bekannt

Andere Auslöser: .....

**Wunsch:**

Stellen Sie sich vor, ich könnte zaubern, welches Symptom würden Sie als erstes loswerden wollen und welches würden Sie vielleicht noch einen Moment behalten wollen?

Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!



Praxis für klassische Homöopathie  
und Naturheilkunde