

## 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: ☐ Ärztebewertungsportale ☐ 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? ☐ nein ☐ ja Wann? ..... Alter? ..... Woran? .....

Vater verstorben? ☐ nein ☐ 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 ☐ Pfeiffersches Drüsenfieber

**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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Auswurf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schleimgefühl im Hals oder Rachen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verstopfte Nase/ Naselaufen/ Niessen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Luftnot bei Anstrengung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Luftnot in körperlicher Ruhe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Engegefühl/Beklemmung der Brust	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einschlafstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durchschlafstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schnarchen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nächtliche Atemauffälligkeiten/ -pausen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nächtliches Wasserlassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nächtliches Zähneknirschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Morgendliche Unausgeschlafenheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Müdigkeit am Tage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rasche Erschöpfung bei Anstrengung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Konzentrationsstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gedächtnisstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwindel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heißhungerattacken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Appetitlosigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mundgeruch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rückenschmerzen: Halswirbelsäule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rückenschmerzen: Lendenwirbelsäule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hüftprobleme/ -schmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Knieprobleme/ -schmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige Gelenkbeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muskel- oder Wadenkrämpfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muskelschwäche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antriebslosigkeit/ Lustlosigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

### Infektanfälligkeit

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, Zahnproblemen, 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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bauchschmerzen/-krämpfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Völlegefühle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Übelkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erbrechen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sodbrennen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Saures Aufstoßen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vermehrtes Aufstoßen (nicht sauer)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Rauchgewohnheiten:

☐ Ich bin Nichtraucher

☐ immer schon

☐ seit ..... Jahren

☐ Ich rauche durchschnittlich etwa ..... Zigaretten pro Tag

☐ früher rauchte ich ..... Zigaretten pro Tag

### Veränderung Ihres Körpergewichts:

**Ich habe in den letzten 10 Jahren unterm Strich:**

☐ mein Gewicht kaum verändert

☐ ..... kg abgenommen

☐ ..... kg zugenommen

### Treiben Sie regelmäßig 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?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Ja, ich habe	<input type="checkbox"/> 1-2	<input type="checkbox"/> 3-5	<input type="checkbox"/> 6-8
Überkronte Zähne?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Ja, ich habe	<input type="checkbox"/> 1-2	<input type="checkbox"/> 3-5	<input type="checkbox"/> 6-8
Wurzelgefüllte/ tote Zähne?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Ja, ich habe	<input type="checkbox"/> 1-2	<input type="checkbox"/> 3-5	<input type="checkbox"/> 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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quark	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Joghurt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Käse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brot/ Brötchen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Müsli	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nudeln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kuchen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Süßigkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(fast) nie	ab und zu	mehrfach pro Wo.	einmal täglich	mehrfach täglich
Fleisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gemüse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Obst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kaffee	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tee	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wasser mit /	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ohne Kohlensäure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fruchtsäfte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Coca Cola	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Süßgetränke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bier (Gläser)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wein (Gläser)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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 Elektromog-Belastungen untersucht worden?

☐nein ☐ja

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

- ☐ Funkmasten in der Nähe
 ☐ Überlandleitung/Bahnstrom in der Nähe
 ☐ Bäche, Flüsse in der Nähe  
☐ Schimmelpilzbelastung
 ☐ Teppichböden
 ☐ Mikrowelle/Induktionsherd

**Wie ist Ihr Schlafplatz eingerichtet?**

- ☐ schnurlose Telefone/Internet
 ☐ elektrische Geräte im Stand-by-Modus
 ☐ Wasserbett  
☐ Bett mit eingebautem elektrischem Motor

**Wie ist Ihr Schlaf?**

- ☐ Schlaflosigkeit
 ☐ Sprechen im Schlaf
 ☐ Zähneknirschen
 ☐ Unruhe in den Beinen  
☐ heiße Füße
 ☐ Schwierigkeiten beim Einschlafen  
☐ Nachtschweiß
 ☐ lebhafte Träume

☐ häufiges Erwachen – um wie viel Uhr: .....

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

**Schlaflage:**

☐ Bauch ☐ Rücken ☐ links ☐ rechts ☐ sitzend ☐ kniend ☐ zusammengerollt

Schlafdauer: .....

Übliche Bettgezeit: .....

Übliche Aufstehtzeit: .....

**Systembefragung**

**Kopf:**

Leiden Sie unter Kopfschmerzen? ☐ häufig ☐ selten ☐ nie

Wenn ja, wo und wann?

☐ Stirn-Augen-Schlafen-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  
☐ Ohrengeräusche ☐ 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: .....    ☐ täglich    ☐ jeden 2. Tag  
☐ unregelmäßig    ☐ häufige Verstopfung    ☐ Neigung zu Durchfall    ☐ kann Stuhl nicht halten  
☐ Gefühl, nicht fertig zu werden

- 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: .....    ☐ Abtreibungen    ☐ Tumore  
☐ Zysten    ☐ Myome    ☐ Geschlechtskrankheiten

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 Tätigkeit:** ..... **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 Tierkontakten:

Mit welchen Tieren hatten oder haben sie regelmäßig Kontakt.

☐ Hund ☐ Katze ☐ Vogel ☐ Pferd ☐ Kühe ☐ 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!