

# 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  Beihilfe  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.

Haben Sie den Therapieablauf und das Praxiskonzept gelesen und verstanden

## Welches Anliegen führt Sie zu mir?

Darm  Schilddrüse  Nebenniere  Hormonsystem  Immunsystem

## Welche Therapien haben Sie deswegen schon versucht?

### Wurden folgende Untersuchungen schon mal gemacht?

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

### Welche Erwartungshaltung haben Sie an mich?

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

	gering	mäßig	groß	zu allem bereit
Ernährung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlaf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stresslevel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bewegung/Sport	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lifestyle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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.

<input type="checkbox"/> Phytotherapie-Pflanzenheilkunde	<input type="checkbox"/> Haben Sie Angst vor Spritzen?	<input type="checkbox"/> Stuhlagnostik
<input type="checkbox"/> Nährstofftherapie - Orthomolekulare Medizin	<input type="checkbox"/> Infusionstherapie (Vitamine, Mineralstoffe, Basen)	<input type="checkbox"/> Hormondiagnostik
<input type="checkbox"/> Spagyrik - Pflanzenessenzen (Urtinkturen)	<input type="checkbox"/> Neuraltherapie	<input type="checkbox"/> Urindiagnostik
<input type="checkbox"/> Komplexhomöopathie	<input type="checkbox"/> Cranio-Sakrale-Osteopathie	<input type="checkbox"/> Blutdiagnostik
<input type="checkbox"/> Cranio-Sakrale-Osteopathie	<input type="checkbox"/> Bauchmassage	<input type="checkbox"/> Speicheldiagnostik

# VERDAUUNG UND ERNÄHRUNG

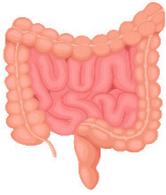


- Magenschmerzen
- vorm Essen
- beim Essen
- nach dem Essen

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

- Reflux
- stiller Reflux
- Sodbrennen
- Halsschmerzen

- Aufstoßen
- Völlegefühl
- Roemheld-Syndrom
- Magenulkus



- Darmkrämpfe 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

- Stuhldrang nach Essen
- Besserung nach Stuhlgang
- Stuhldrang 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 Stuhlbeschaffheiten?



- 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 Kaugummis

## 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

Sind Sie hungrig?  Essen Sie aus Appetit

Essen Sie, weil Sie müssen.  Angst vorm Essen

Essen Sie gerne

Hangry

Intermittierenden Fasten

Hunger auf Süßes?

Gehirnnebel

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?



- |   |  |   |  |
|---|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Unterfunktion            | <input type="checkbox"/> Kropf                   | <input type="checkbox"/> Knoten allgemein | <input type="checkbox"/> Schilddrüsen OP   |
| <input type="checkbox"/> Unterfunktion            | <input type="checkbox"/> Schilddrüse klein       | <input type="checkbox"/> Knoten heiß      | <input type="checkbox"/> Warum? _____      |
| <input type="checkbox"/> Hashimoto Thyreoiditis   | <input type="checkbox"/> Schilddrüse geschwollen | <input type="checkbox"/> Knoten kalt      | <input type="checkbox"/> Wann?             |
| <input type="checkbox"/> Morbus Basedow           | <input type="checkbox"/> Endokrine Orbitopathie  | <input type="checkbox"/> Zysten           | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenkrebs |
| <input type="checkbox"/> Thyreoiditis de Quervain | <input type="checkbox"/> Trockene Augen          | <input type="checkbox"/>                  | <input type="checkbox"/> Radiojodtherapie  |

- |  |   |   |   |   |
|--|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Herzrasen       | <input type="checkbox"/> Blähungen      | <input type="checkbox"/> Gelenkschmerzen  | <input type="checkbox"/> Brainfog               | <input type="checkbox"/> Gewichtszunahme      |
| <input type="checkbox"/> Herzklopfen     | <input type="checkbox"/> Verstopfung    | <input type="checkbox"/> Muskelschmerzen  | <input type="checkbox"/> Reizbarkeit            | <input type="checkbox"/> Gewichtsverlust      |
| <input type="checkbox"/> Herzstolpern    | <input type="checkbox"/> Durchfall      | <input type="checkbox"/> Muskelzittern    | <input type="checkbox"/> Rastlosigkeit          | <input type="checkbox"/> Stoffwechsel langsam |
| <input type="checkbox"/> Puls hoch       | <input type="checkbox"/> Haarausfall    | <input type="checkbox"/> kälteempfindlich | <input type="checkbox"/> wütend                 | <input type="checkbox"/> Stoffwechsel schnell |
| <input type="checkbox"/> Puls niedrig    | <input type="checkbox"/> Zyklusprobleme | <input type="checkbox"/> wärmeintolerant  | <input type="checkbox"/> depressive Verstimmung | <input type="checkbox"/> Heißhunger           |
| <input type="checkbox"/> hoher Blutdruck | <input type="checkbox"/> Libidoverlust  | <input type="checkbox"/> Schwitzen        | <input type="checkbox"/> Panikattacken          | <input type="checkbox"/> 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)

- ja, wer \_\_\_\_\_
- ja
- Kombipräparat
- Thyroxin mit Jod
- ja

- Schweinehormone
- Rinderhormone
- nein

- nein
- nein
- Carbimazol/Propycil
- Betablocker

Vertragen Sie die Medikamente?

## Haben Sie Probleme mit Haut, Haaren und Nägeln?

- trocken
- fettig
- schuppig
- unrein
- entzündet
- rot
- blass



- Urtikaria
- Juckreiz
- Neurodermitis
- Psoriasis
- Akne
- Pilz Wo? \_\_\_\_\_
- Vitiligo

- Stielwarzen
- Melanome
- Pigmentflecken
- starke Narbenbildung
- viel Hornhaut
- Wundheilungsstörungen
- Ekzeme

- Orangenhaut
- Lymphödem
- Lipödem
- Piercings, wo? \_\_\_\_\_
- Tattoos, wo? \_\_\_\_\_

- Schwitzen stark
- Geruch
- Geruchlos
- überall
- Kopf
- Wo? \_\_\_\_\_

- Haare fettig
- trocken

- Schuppen
- Ekzeme

- Haarausfall
- Haarbruch

- getönt
- gefärbt

- blondiert
- Extensions

- Fingernägel brechen ab
- weich

- hart
- Rillen

- fleckig
- Pilz

- Künstliche Fingernägel

## Haben Sie Herz-Kreislauf-Erkrankungen?

- Herzerkrankung
- Herzrasen



- Puls schnell
- Puls langsam
- Blutdruck hoch
- Blutdruck niedrig
- Herzstolpern

- Durchblutungsstörungen
- kalte Hände
- kalte Füße
- frieren

- Krampfadern
- Besenreiser
- Gerinnungsstörung
- Schlaganfall
- Aneurysma

- B 12 Mangel
- Cholesterin erhöht
- Thrombosen
- Anämie

## Haben Sie Probleme mit Ihrem Hals ?

- Halsschmerzen
- Kehlkopfentzündungen



- Mandelentzündungen
- Mandelsteine
- große Mandeln

- Räuspern
- Heisere Stimme
- Struma

- Kloßgefühl
- Husten
- Lymphknoten geschwollen

## Haben Sie Probleme mit Ihrem Stoffwechsel?

- HPU/KPU

- Gicht

- Adipositas

- Insulinresistenz

## 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

## 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? \_\_\_\_\_

# IMMUNSYSTEM

## Haben Sie Probleme mit Histaminüberschuss bzw. -abbau?



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

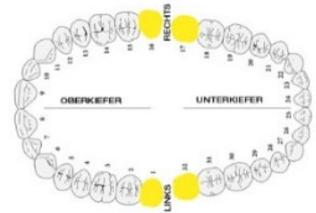
Wie lange dauern die Symptome an? \_\_\_\_\_

## Haben Sie Probleme mit Ihrem Mund oder Zähnen?



- |  |   |  |   |  |
|--|---|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> trocken             | <input type="checkbox"/> Speichelsteine | <input type="checkbox"/> Zungen groß             | <input type="checkbox"/> Zahnschmerzen      | <input type="checkbox"/> Zahnfleischbluten     |
| <input type="checkbox"/> brennen             | <input type="checkbox"/> Aphten         | <input type="checkbox"/> eingerissene Mundwinkel | <input type="checkbox"/> empfindliche Zähne | <input type="checkbox"/> Zahnfleischentzündung |
| <input type="checkbox"/> Speichelfluss wenig | <input type="checkbox"/> Herpes         | <input type="checkbox"/> Mundgeruch              | <input type="checkbox"/> Parodontitis       | <input type="checkbox"/> Zahnseide             |
| <input type="checkbox"/> Speichelfluss viel  | <input type="checkbox"/> Pilz           | <input type="checkbox"/> Schlechter Geschmack    | <input type="checkbox"/> behandelt, ja      | <input type="checkbox"/> Zahnbürstchen         |
|  | <input type="checkbox"/> Zungenbelag    | <input type="checkbox"/> Lippen trocken          | <input type="checkbox"/> behandelt, nein    | <input type="checkbox"/> Zähne putzen wie oft  |
|  | Farbe _____                             |  |   |  |

- |   |                                     |   |   |
|---|-------------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> Amalgam          | <input type="checkbox"/> Gold       | <input type="checkbox"/> Weisheitszähne vorhanden | Bitte zeichnen Sie wurzelbehandelte und fehlende Zähne ein. |
| <input type="checkbox"/> Amalgam entfernt | <input type="checkbox"/> Implantate | <input type="checkbox"/> Milchzähne vorhanden     |   |
| <input type="checkbox"/> Kunststoff       | <input type="checkbox"/> Brücken    | <input type="checkbox"/> Zahnprothese             |   |
| <input type="checkbox"/> Keramik          |                                     |   |   |
|   |                                     |   |   |



## Haben Sie Probleme mit Ihren Atemwegen?



- |   |   |   |                                      |   |
|---|---|---|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> COPD             | <input type="checkbox"/> Asthma                   | <input type="checkbox"/> Husten               | <input type="checkbox"/> Sinusitis   | <input type="checkbox"/> Schnarchen     |
| <input type="checkbox"/> Bronchitis       | <input type="checkbox"/> Asthma allergisch        | <input type="checkbox"/> Schleim              | <input type="checkbox"/> Nasenbluten | <input type="checkbox"/> Verkrustungen  |
| <input type="checkbox"/> Lungenentzündung | <input type="checkbox"/> erschöpft Treppensteigen | <input type="checkbox"/> Tief Einatmen schwer | <input type="checkbox"/> Verstopft   | <input type="checkbox"/> Geruchsverlust |
| <input type="checkbox"/> Lungenfibrose    | <input type="checkbox"/> Luftnot                  | <input type="checkbox"/> Ausatmen schwer      | <input type="checkbox"/> Polypen     | <input type="checkbox"/> Nasenspray     |

## Sind Sie geimpft? Sie müssen den Impfausweis nicht mitbringen



- |  |  |                                      |                                      |
|--|--|--------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Corona        | <input type="checkbox"/> ja            | <input type="checkbox"/> nein        | <input type="checkbox"/> Impfstoff   |
| <input type="checkbox"/> Diphtherie    | <input type="checkbox"/> Polio         | <input type="checkbox"/> Hepatitis B | <input type="checkbox"/> Masern      |
| <input type="checkbox"/> HPV           | <input type="checkbox"/> FMSE          | <input type="checkbox"/> Mumps       | <input type="checkbox"/> Röteln      |
| <input type="checkbox"/> Influenza     | <input type="checkbox"/> Windpocken    | <input type="checkbox"/> Strovac     | <input type="checkbox"/> Keuchhusten |
| <input type="checkbox"/> Meningokokken | <input type="checkbox"/> Herpes Zoster | <input type="checkbox"/> Tetanus     |                                      |

## Hatten Sie schon eine Infektionskrankheit? (Bitte Jahr angeben)

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

## Hatten Sie eine Krebserkrankung?

- |                                      |                                    |           |                                      |  |                                      |
|--------------------------------------|------------------------------------|-----------|--------------------------------------|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Wann? _____ | <input type="checkbox"/> Operation | Wo? _____ | <input type="checkbox"/> Bestrahlung | <input type="checkbox"/> Chemotherapie | <input type="checkbox"/> Medikamente |
|--------------------------------------|------------------------------------|-----------|--------------------------------------|--|--------------------------------------|



## Haben Sie Allergien?

- |                                       |  |                                    |                                   |   |
|---------------------------------------|--|------------------------------------|-----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Heuschnupfen | <input type="checkbox"/> Pollen          | <input type="checkbox"/> Sellerie  | <input type="checkbox"/> Latex    | <input type="checkbox"/> Schimmelpilze      |
| <input type="checkbox"/> Korbblütler  | <input type="checkbox"/> Gräser          | <input type="checkbox"/> Nüsse     | <input type="checkbox"/> Nickel   | <input type="checkbox"/> Penicillin         |
|                                       | <input type="checkbox"/> Hausstaubmilben | <input type="checkbox"/> Soja      | <input type="checkbox"/> Pflaster | <input type="checkbox"/> Acetylsalicylsäure |
|                                       | <input type="checkbox"/> Tierhaare       | <input type="checkbox"/> Erdbeeren | <input type="checkbox"/> Sonne    | _____                                       |

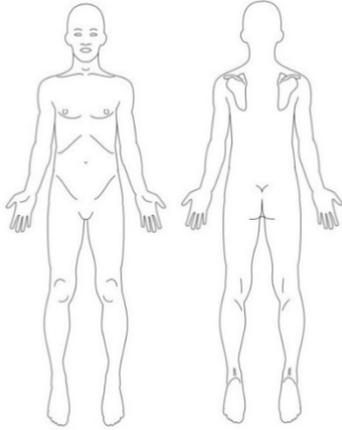
## Haben Sie Problemem mit den Augen oder Ohren?



- |  |                                       |  |  |  |
|--|---------------------------------------|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Tränende            | <input type="checkbox"/> Geschwollene | <input type="checkbox"/> Brille        | <input type="checkbox"/> Tinnitus          | <input type="checkbox"/> Ohrjucken           |
| <input type="checkbox"/> Trockene            | <input type="checkbox"/> Rot          | <input type="checkbox"/> Kontaktlinsen | <input type="checkbox"/> Hörsturz          | <input type="checkbox"/> Ohrendruck          |
| <input type="checkbox"/> Augenentzündungen   | <input type="checkbox"/> Verklebt     | <input type="checkbox"/> gelasert      | <input type="checkbox"/> Schwerhörig       | <input type="checkbox"/> Mittelohrentzündung |
| <input type="checkbox"/> Bindehautentzündung | <input type="checkbox"/> kurzsichtig  | <input type="checkbox"/> Grüner Star   | <input type="checkbox"/> Ohrenschmalz viel | <input type="checkbox"/> Schwindel           |
|  | <input type="checkbox"/> weitsichtig  | <input type="checkbox"/> Grauer Star   |  |  |

## Wie geht es Ihren Knochen und Muskeln?

- Kopfschmerzen       Gesichtsschmerzen  
 Spannungskopfschmerzen       Facialis



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

Was nehmen Sie hierfür ein? \_\_\_\_\_  
 Hatten Sie Knochenbrüche oder Sehnenabriss? Wenn ja, Wo? \_\_\_\_\_  
 Haben Sie Narben? Wenn ja, wo? \_\_\_\_\_

## Welche Operationen hatten Sie? (Bitte Jahr angeben)



- |                                       |  |   |  |
|---------------------------------------|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Blinddarm    | <input type="checkbox"/> Schilddrüse     | <input type="checkbox"/> Knie re_ li_         | <input type="checkbox"/> Brust-OP          |
| <input type="checkbox"/> Gallenblase  | <input type="checkbox"/> Gebärmutter     | <input type="checkbox"/> Schulter re_ li_     | <input type="checkbox"/> Augen gelasert    |
| <input type="checkbox"/> Darm         | <input type="checkbox"/> Zysten          | <input type="checkbox"/> Hüfte re_ li_        | <input type="checkbox"/> Lidstraffung      |
| <input type="checkbox"/> Mandeln      | <input type="checkbox"/> Endometriose    | <input type="checkbox"/> Karpaltunnel re_ li_ | <input type="checkbox"/> Nasenkorrektur    |
| <input type="checkbox"/> Nasenpolypen | <input type="checkbox"/> Kaiserschnitt   | <input type="checkbox"/> Halux re_ li_        | <input type="checkbox"/> Transplantationen |
| <input type="checkbox"/> Zahn         | <input type="checkbox"/> Bauchspiegelung | <input type="checkbox"/> Bandscheibe _____    | <input type="checkbox"/> Krampfadern       |

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? \_\_\_\_\_
- |                                   |   |  |  |
|-----------------------------------|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Dauer?   | <input type="checkbox"/> Wann Tagszeit? | <input type="checkbox"/> Intensität 1-11 | <input type="checkbox"/> Vernichtungsschmerz |
| <input type="checkbox"/> quälend  | <input type="checkbox"/> lähmend        | <input type="checkbox"/> heftig          | <input type="checkbox"/> poch                |
| <input type="checkbox"/> drückend | <input type="checkbox"/> ziehend        | <input type="checkbox"/> stechend        | <input type="checkbox"/> kolikartig          |
| <input type="checkbox"/> kribbeln | <input type="checkbox"/> elektrisierend | <input type="checkbox"/> krampfartig     |  |
| <input type="checkbox"/> brennt   | <input type="checkbox"/> dumpf          |  |  |

## Haben Sie Probleme mit Blase / Niere / Prostata?



- |  |   |   |   |
|--|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Blasenentzündung        | <input type="checkbox"/> schwache Blase     | <input type="checkbox"/> Nierenbeckenentzündung | <input type="checkbox"/> Prostataprobleme |
| <input type="checkbox"/> Blasenentzündung häufig | <input type="checkbox"/> Inkontinenz        | <input type="checkbox"/> Nierensteine /-gries   | <input type="checkbox"/> Zystenniere      |
| <input type="checkbox"/> brennen                 | <input type="checkbox"/> Trampolin springen | <input type="checkbox"/> Rückenschmerzen        | <input type="checkbox"/> Eiweißshakes     |
| <input type="checkbox"/> Schmerzen               | <input type="checkbox"/> Lachen             | <input type="checkbox"/> Reizblase              | <input type="checkbox"/> Hautprobleme     |

## WEIBLICHE PATIENTEN



- |   |  |  |   |
|---|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Periode regelmäßig   | <input type="checkbox"/> Östrogendominanz      | <input type="checkbox"/> Ausfluss            | <input type="checkbox"/> rasiert                  |
| <input type="checkbox"/> Periode unregelmäßig | <input type="checkbox"/> Progesteronmangel     | <input type="checkbox"/> Geruchslos          | <input type="checkbox"/> Piercings                |
| <input type="checkbox"/> Zyklusdauer _____    | <input type="checkbox"/> Progesteronüberschuss | <input type="checkbox"/> Geruch              | <input type="checkbox"/> tragen Sie Strings       |
| <input type="checkbox"/> Blutungsdauer _____  | <input type="checkbox"/> Zysten                | <input type="checkbox"/> Scheidentrockenheit | <input type="checkbox"/> Synthetische Unterwäsche |
| <input type="checkbox"/> PMS                  | <input type="checkbox"/> PCOS                  | <input type="checkbox"/> Pilze               | <input type="checkbox"/> Intimwaschlotion         |
| <input type="checkbox"/> Regelschmerzen       | <input type="checkbox"/> Myome                 | <input type="checkbox"/> Juckreiz            |   |
| <input type="checkbox"/> Schmerzen beim GV    |  |  |   |

## Hatten Sie Schwangerschaften?

- |  |  |  |                                      |                                       |
|--|--|--|--------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Schwanger         | <input type="checkbox"/> Kaiserschnittgeburt | <input type="checkbox"/> Fehlgeburt              | <input type="checkbox"/> Abbruch     | <input type="checkbox"/> Kinderwunsch |
| <input type="checkbox"/> Schwanger gewesen | <input type="checkbox"/> Natürliche Geburt   | <input type="checkbox"/> Eileiterschwangerschaft | <input type="checkbox"/> Ausschabung |                                       |

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

- |   |  |   |                               |
|---|--|---|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Pille _____        | Nehmen Sie die Pille durchgängig?          | <input type="checkbox"/> ja                 | <input type="checkbox"/> nein |
| <input type="checkbox"/> Nuva Ring          | <input type="checkbox"/> Spirale (Kupfer)  | <input type="checkbox"/> Verhütungscomputer |                               |
| <input type="checkbox"/> Verhütungspflaster | <input type="checkbox"/> Spirale (Hormon)  | <input type="checkbox"/> Kondome            |                               |
| <input type="checkbox"/> Depotspritze       | <input type="checkbox"/> Verhütungstäbchen | <input type="checkbox"/> Temperaturmethode  |                               |
| Vertragen Sie das Verhütungsmittel?         | <input type="checkbox"/> ja                | <input type="checkbox"/> nein               |                               |

Wann war die letzte Periode? \_\_\_\_\_

Erste Periode (als Mädchen) \_\_\_\_\_ letzte Periode (als Frau) \_\_\_\_\_

Sind die Hormone getestet worden?

Blut  
 ja

Speichel  
 nein

Ergebnisse bitte mitbringen.

Nehmen Sie Hormone Progesteron oder DHEA etc.?

Warum und seit wann? \_\_\_\_\_

### Haben Sie eine Endometriose?

Verdacht  
 Diagnose bestätigt  
 Operation

Wie viele? \_\_\_\_  
 OP Bericht mitbringen

Pille ja  
 wird durchgenommen  
 wird vertragen

Pille nein  
 Periode regelmäßig  
 Zwischenblutungen  
 wird vertragen

Schokoladenzysten  
 Myome  
 Zysten  
 Adenomyose

### Wann und wo sind die Schmerzen?

immer  
 Mittelschmerz  
 ab Eisprung

vor der Periode  
 während der Periode  
 nie

beim Stuhlgang  
 beim Wasserlassen  
 Unterbauch

Oberbauch  
 Gebärmutter  
 Eierstock

Rücken LWS  
 Rücken Steißbein  
 Beine

### Haben Sie das Polycystische Ovarialsyndrom PCOS ?



Periode regelmäßig  
 Zyklusdauer \_\_\_\_\_  
 Blutungsdauer \_\_\_\_\_  
 Periode unregelmäßig  
 keine Periode

Gewichtszunahme  
 Gewichtszunahme Bauch  
 Gewicht normal  
 Insulinresistenz

Haarausfall Kopf  
 Haare Gesicht  
 Haare Bauch  
 Haare Beine  
 gelasert

Unreine Haut Gesicht  
 Unreine Haut Rücken  
 Unreine Haut Beine  
 Depressionen  
 Libidoverlust

### Sind Sie in den Wechseljahren?



Periode regelmäßig  
 Zyklusdauer \_\_\_\_\_  
 Blutungsdauer \_\_\_\_\_  
 keine Periode  
 Dauerblutung  
 Myome

ja, seit wann?  
 Schweißausbrüche  
 Hitzewallungen  
 Nachtschweiß  
 Herzrasen  
 Blasenschwäche

trockene Haut  
 trockene Scheide  
 trockene Augen  
 Haarausfall  
 Gewichtszunahme  
 Gewichtszunahme Bauch

Kopfschmerzen  
 Muskelschmerzen  
 Osteoporose  
 Stimmungsschwankungen  
 Depressionen  
 Libidoverlust

## AUS GANZHEITLICHER SICHT IST MIR AUCH WICHTIG IHRE PERSÖNLICHEN VERHÄLTNISSSE 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  
 Beziehung  
 frisch getrennt

Single unglücklich  
 verheiratet  
 in Scheidung

alleinerziehend  
 glücklich  
 geschieden

Patchworkfamilie  
 unglücklich

geschieden  
 auf und ab

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

### Schule, Studium und Arbeit



Welchen Schulabschluss haben Sie? \_\_\_\_\_

Haben Sie eine Ausbildung gemacht?

ja

nein

Haben Sie studiert?

ja

nein

Arbeiten Sie in Ihrem Beruf?

ja

nein

Gehen Sie gerne in die Schule oder zur Arbeit?

ja

nein

Wie arbeiten Sie?

Vollzeit

Teilzeit

Mögen Sie Ihren Job, wenn nein warum nicht? \_\_\_\_\_

ja

nein

**Wie ist Ihre Freizeitgestaltung**



- |   |                                     |                                    |  |
|---|-------------------------------------|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Haben Sie Hobbies? | <input type="checkbox"/> ja, welche | <input type="checkbox"/> nein      | <input type="checkbox"/> lesen           |
| <input type="checkbox"/> Freundeskreis      | <input type="checkbox"/> Wandern    | <input type="checkbox"/> Tanzen    | <input type="checkbox"/> kochen          |
| <input type="checkbox"/> groß               | <input type="checkbox"/> Singen     | <input type="checkbox"/> Garten    | <input type="checkbox"/> reisen          |
| <input type="checkbox"/> klein              | <input type="checkbox"/> Musizieren | <input type="checkbox"/> radfahren | <input type="checkbox"/> Sonstiges _____ |

**Treiben Sie Sport?**



- |   |  |   |  |
|---|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> ja             | <input type="checkbox"/> nein            | <input type="checkbox"/> zu Müde für Sport      | <input type="checkbox"/> lange Regenerationsphasen |
| <input type="checkbox"/> Fitness Studio | <input type="checkbox"/> Ballsport       | <input type="checkbox"/> Gewicht zu hoch        | <input type="checkbox"/> Schwitzen Sie viel?       |
| <input type="checkbox"/> Cardio         | <input type="checkbox"/> Pilates / Yoga  | <input type="checkbox"/> Gewicht zu niedrig     | <input type="checkbox"/> Schwitzen Sie wenig?      |
| <input type="checkbox"/> Kraftsport     | <input type="checkbox"/> Sonstiges _____ | <input type="checkbox"/> schneller Muskelaufbau | <input type="checkbox"/> Eiweißshakes              |
| <input type="checkbox"/> Kampfsport     | <input type="checkbox"/> wie oft?        | <input type="checkbox"/> langsamer Muskelaufbau | <input type="checkbox"/> Proteinriegel             |

**Wie fühlen Sie sich die meiste Zeit?**

- |   |  |   |  |  |
|---|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> müde             | <input type="checkbox"/> wütend              | <input type="checkbox"/> gut aufgehoben | <input type="checkbox"/> ausgeliefert  | <input type="checkbox"/> enttäuscht        |
| <input type="checkbox"/> unausgeschlafen  | <input type="checkbox"/> zornig              | <input type="checkbox"/> zufrieden      | <input type="checkbox"/> gelangweilt   | <input type="checkbox"/> traurig           |
| <input type="checkbox"/> erschöpft        | <input type="checkbox"/> rasend              | <input type="checkbox"/> angekommen     | <input type="checkbox"/> eingebunden   | <input type="checkbox"/> verzweifelt       |
| <input type="checkbox"/> ausgelaugt       | <input type="checkbox"/> ungerecht behandelt | <input type="checkbox"/> verletzt       | <input type="checkbox"/> gefordert     | <input type="checkbox"/> im Stich gelassen |
| <input type="checkbox"/> überfordert      | <input type="checkbox"/> unterfordert        | <input type="checkbox"/> gedemütigt     | <input type="checkbox"/> erfolgreich   | <input type="checkbox"/> einsam            |
| <input type="checkbox"/> energielos       | <input type="checkbox"/> gestresst           | <input type="checkbox"/> ausgenutzt     | <input type="checkbox"/> wach          | <input type="checkbox"/> glücklich         |
| <input type="checkbox"/> angekommen       | <input type="checkbox"/> energievoll         | <input type="checkbox"/> aussichtslos   | <input type="checkbox"/> ausgeschlafen | <input type="checkbox"/> fröhlich          |
| <input type="checkbox"/> Stressintoleranz | <input type="checkbox"/> aggressiv           | <input type="checkbox"/> erschöpft      |  |  |

**Wichtige Ereignisse in Ihrem Leben, die Sie mir mitteilen wollen**

---



---



---

**Wie sieht ein typischer Tag bei Ihnen aus?**

---



---



---



---

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

- |  |       |  |       |
|--|-------|--|-------|
| <input type="checkbox"/> Herzmedikamente         | _____ | <input type="checkbox"/> Antidepressiva                              | _____ |
| <input type="checkbox"/> Blutdruckmittel         | _____ | <input type="checkbox"/> Cholesterinsenker                           | _____ |
| <input type="checkbox"/> Allergiemittel          | _____ | <input type="checkbox"/> Gerinnungshemmer                            | _____ |
| <input type="checkbox"/> Schilddrüsenmedikamente | _____ | <input type="checkbox"/> Schmerzmittel (Wie oft im Monat und warum?) | _____ |
| <input type="checkbox"/> Pille                   | _____ | <input type="checkbox"/> Protonenpumpenhemmer (z.B. Omempرازol)      | _____ |
| <input type="checkbox"/> Nasenspray              | _____ | <input type="checkbox"/> 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.**

- |  |                                      |                                       |                                      |   |
|--|--------------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Multivitamin      | <input type="checkbox"/> Selen       | <input type="checkbox"/> Rhodiola     | <input type="checkbox"/> Basenmittel | <input type="checkbox"/> Abführmittel     |
| <input type="checkbox"/> Vitamin B12       | <input type="checkbox"/> Magnesium   | <input type="checkbox"/> Guarana      | <input type="checkbox"/> Zeolith     | <input type="checkbox"/> Flohsamenschalen |
| <input type="checkbox"/> Vitamin B Komplex | <input type="checkbox"/> Calcium     | <input type="checkbox"/> Medizinpilze | <input type="checkbox"/> Bentonit    | <input type="checkbox"/> Leinsamen        |
| <input type="checkbox"/> Vitamin D         | <input type="checkbox"/> Jod         | <input type="checkbox"/> Probiotika   | <input type="checkbox"/> DAOzym      | <input type="checkbox"/> Chia             |
| <input type="checkbox"/> Vitamin C         | <input type="checkbox"/> Aminosäuren | <input type="checkbox"/> Ezmye        | <input type="checkbox"/> Laktase     | <input type="checkbox"/> Sonstiges _____  |

Wie sind Sie auf mich aufmerksam geworden? \_\_\_\_\_

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

