

Sehr geehrte Frau Patientin, sehr geehrter Herr Patient,

gesundheitliche Probleme sind oft Ausdruck vielfältiger Funktionsstörungen auf verschiedenen Ebenen. Deshalb ist für die Behandlung Ihrer Beschwerden eine ganzheitliche und umfassende Betrachtungsweise erforderlich.

Für die Beseitigung Ihrer Beschwerden sind wir zwingend auf Ihre Mitarbeit angewiesen.

Durch diesen Fragebogen können wir bereits im ersten Gespräch einen guten Überblick über Ihr Problem bekommen.

**Bitte füllen Sie den Fragebogen in Ruhe sorgfältig aus.**

**Bringen Sie den Fragebogen mit eventuellen Vorbefunden (Bildgebung, Laborwerte, OP- Berichte, Berichte von Spiegelungen von Magen bzw. Darm, Impfausweis, Blutgruppe) bitte auch zu Ihrem Termin mit!**

Selbstverständlich werden alle Angaben streng vertraulich behandelt. Vielen Dank im Voraus.

**Name:**

**Vorname:**

**Geburtsdatum:**

**Straße / Nr.:**

**Wohnort /PLZ:**

**Telefon:**

**Mobiltelefon:**

**e-mail:**

**Beruf / Tätigkeit:**

**Was sind Ihre jetzigen Beschwerden?**

**Hauptbeschwerden:**

**Nebenbeschwerden:**

***Die nächsten Fragen beziehen sich auf die letzten 4 bis 6 Wochen. Bitte kreuzen Sie entsprechend an!***

**Allgemeine durchschnittliche Leistungsfähigkeit (max. 100%):**

**körperlich:**

**geistig:**

**Sind Sie beim Aufstehen morgens erholt?**  Ja  Nein  Unterschiedlich

**Schlaf** (wann ins Bett, wie viele Stunden täglich, Ein- bzw. Durchschlafschwierigkeiten?)

**Allgemeines Wohlbefinden (max. 100%):**

**Allgemein empfundene durchschnittliche Stressbelastung (max. 100%):**

***Vorgeschichte:***

Hatten Sie in der Vergangenheit **Unfälle** einschließlich Knochenbrüchen und Prellungen? Welche?

Hatten Sie in der Vergangenheit **Operationen**? Welche? Gibt es anderweitige Narben?

Leiden Sie unter **Schwindel oder / und Kopfschmerzen**?

Gab oder gibt es **psychische Belastungen**? Wurde diesbezüglich (früher) schon behandelt?

Was machen Sie in Ihrer **Freizeit**? Treiben Sie **Sport**? Wenn ja was und wieviel/Woche?

Bestehen **Allergien oder Unverträglichkeiten**? Welche? Wie wurden diese ggf. schon behandelt?

Sind Erkrankungen der **Nasennebenhöhlen** oder der **Mandeln** bekannt? Welche?

Wie oft haben Sie in der Woche **Stuhlgang**? Wie ist die Konsistenz (Durchfall, breiig, geformt, fest = hart)? Wechselt die Konsistenz häufig? Leiden Sie unter Blähungen?

Sind Erkrankungen des **frauenärztlichen Bereichs bzw. der Prostata** bekannt?

**Für Frauen:** Ist Ihre Regelblutung regelmäßig, haben Sie dabei starke Beschwerden, wie lange dauert ein Zyklus, wie lange die Blutung, gibt es Zwischenblutungen? Pille? Spirale o.ä.? Unerfüllter Kinderwunsch? Menopause? - Wechseljahresbeschwerden?

**Appetit** (u.a.: Gut?, Schlecht? Haben Sie Heißhunger auf Süßes?):

**Durst, Trinkmenge pro Tag in Liter, in welcher Form:**

**Wieviel Alkohol trinken Sie pro Woche?:**

**Rauchen Sie?:**

**Blutgruppe:**

**Größe:** cm

**Gewicht:** kg

**Gewichtsveränderung in den letzten 10 Jahren:**

keine  Gewichtszunahme  Gewichtsabnahme um \_\_\_\_\_ kg

**Leiden oder litten Sie unter folgenden Erkrankungen? Wann bzw. seit wann? Nehmen Sie diesbezüglich Medikamente?**

**Schilddrüse:**

**Herz / Kreislauf** (u.a. Herzrasen, innere Unruhe, Bluthochdruck, niedriger Blutdruck, Herzinfarkt, Schlaganfall, Herzschwäche):

**Lunge, Atemwege** (u.a. Reizhusten, Asthma, COPD, Lungenemphysem):

**Erkrankungen des Verdauungstraktes** (u.a. Reizdarm, Reizmagen, M. Crohn, Colitis ulcerosa, Geschwüre):

**Leber / Galle / Bauchspeicheldrüse** (u.a. Fettleber, Hepatitis, Gallensteine, Enzymmangel):

**Niere / Blase** (u.a. erhöhtes Kreatinin, Blasentzündungen):

**Infektionskrankheiten** (z.B. Borreliose, Herpes, Pfeiffer'sches Drüsenfieber, Hepatitis, HIV)  
**Krebserkrankungen:**

**Neurologische Erkrankungen** (u.a. MS, M. Parkinson, Polyneuropathie, „Ameisenlaufen“):

**Bewegungsapparat** (u.a. Bandscheibenvorfall, Arthrose, Osteoporose, Muskelschmerzen, Fibromyalgie, entzündliches Rheuma):

**Stoffwechselerkrankungen** (u.a. Diabetes, Gicht, erhöhte Harnsäure, erhöht Blutfette, erhöhte Leberwerte):

**Erkrankungen von Auge / Ohr / Hals** (u.a. grauer / grüner Star, M. Meniere, Tinnitus, Kloßgefühl):

**Erkrankungen von Haut, Haaren, Nägel** (u.a. Hautausschlag, Psoriasis, Haarausfall, brüchige Nägel):

**Immunsystem** (u.a. Infektanfälligkeiten, Impfungen – als Kind?, wann zuletzt und was?):

**Medikamente, Nahrungsergänzungsmittel** (bitte vollständig; Dosierung und Häufigkeit der Einnahme):

***Ergänzende Angaben:***

Angaben vollständig und korrekt:

\_\_\_\_\_

Datum, Unterschrift