

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

Straße + Hausnummer

Postleitzahl, Ort

E-Mail

Tel. Festnetz/Mobil

Krankenkasse

Hausarzt

Geburtstag

Größe

Gewicht

Wie sind Sie auf mich aufmerksam geworden?

Überweisung durch

auf Empfehlung von

Internet über

Sonstiges

Welches Anliegen führt Sie zu mir?

Welche Erkrankungen gibt es in ihrer Familie?

Mutter

Vater

Geschwister

Bluthochdruck

Diabetes

Herzinfarkt

Schlaganfall

Neurodermitis/Allergie/Asthma

Depression/Nervenleiden

Krebserkrankung (wenn ja welche?)

Krankheiten

verstorben? wann?

Alter woran?

Mutter

ja

Vater

ja

Geschwister

ja



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

Bluthochdruck	seit	Schilddrüsenerkrankung	seit
Herzinfarkt	seit	Nierenerkrankung	seit
Koronare Herzkrankheit	seit	Reizdarm	seit
Schlaganfall	seit	Chron. Darmerkrankung	seit
Herzrhythmusstörungen	seit	Lebererkrankung	seit
Thrombose	seit	Rheuma	seit
Lungenembolie	seit	Hörsturz/Tinnitus	seit
Diabetes mellitus	seit	Depression/Nervenleiden	seit
Asthma	seit	Neurodermitis	seit
COPD/Emphysem	seit	Heuschnupfen	seit
Krebserkrankung (wenn ja welche?)	seit	Andere Allergien	seit

letzter Allergietest war im Jahr

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	auffällig waren schon mal	
Leberwert	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					
Auswurf					
Schleimgefühl im Hals oder Rachen					
Verstopfte Nase/Naselaufen/Niessen					
Luftnot bei Anstrengung					
Luftnot bei körperlicher Ruhe					
Engegefühl/Beklemmung der Brust					
Einschlafstörungen					
Durchschlafstörungen					
Schnarchen					
Nächtliche Atemauffälligkeiten/pausen					
Nächtliches Wasserlassen					
Nächtliches Zähneknirschen					
Morgendliche Unausgeschlafenheit					
Müdigkeit am Tage					
Rasche Erschöpfung b. Anstrengung					
Konzentrationsstörung					
Gedächtnisstörungen					
Schwindel					
Heißhungerattacken					
Appetitlosigkeit					
Mundgeruch					
Rückenschmerzen: Halswirbelsäule					
Rückenschmerzen: Lendenwirbelsäule					
Hüftprobleme/-schmerzen					
Knieprobleme/-schmerzen					
Sonstige Gelenkbeschwerden					
Muskel- oder Wadenkrämpfe					
Muskelschwäche					
Antriebslosigkeit/Lustlosigkeit					
Traurigkeit/Depressivität					
Ängste					
Vermehrtes Schwitzen tagsüber					
Vermehrtes Schwitzen nachts					

	(fast) nie	ab und zu	häufig	(fast) immer	derzeit
Kopfschmerzen					
Haarausfall					
Hautprobleme (Jucken, Rötung, Akne)					
Gehäuftes Wasserlassen					
Augentrockenheit					
Mundtrockenheit					
Wassereinlagerungen					
Blähungen					
Bauchschmerzen/-krämpfe					
Völlegefühl					
Übelkeit					
Erbrechen					
Sodbrennen					
Saures Aufstoßen					
Vermehrtes Aufstoßen (nicht sauer)					
Verdauungsgewohnheiten und -beschwerden					
Wie oft haben Sie Stuhlgang?			mal pro Tag		
wenn nicht täglich			mal pro Woche		
Konsistenz des Stuhls überwiegend	normal	hart	breiig	Durchfall	wechselnd
zusätzliche Anmerkungen zur Verdauung					
Infektanfälligkeit					
Grippe/Erkältung u. ä.: in den letzten 5 Jahren durchschnittlich			mal pro Jahr		
Blasenentzündung in den letzten 5 Jahren durchschnittlich			mal		
Körperliche Ertüchtigungen					
Treiben Sie regelmäßig Sport?	nein	ja		mal pro Woche für ca.	Minuten
Sportarten					
Gehen Sie regelmäßig spazieren?	nein	ja		mal pro Woche für ca.	Minuten
Rauchergewohnheiten					
Rauchen Sie?	nein	ja		immer schon	seit Jahren
		Wie viel rauchen Sie pro Tag?	aktuell Zigaretten		früher Zigaretten
Veränderung Ihres Körpergewichts					
Ich habe in den letzten 10 Jahren unterm Strich	mein Gewicht kaum verändert			abgenommen	zugenommen
				kg	kg

Wie oft essen Sie durchschnittlich folgende Nahrungsmittel?

	(fast) nie	ab und zu	mehrfach pro Woche	einmal täglich	mehrfach täglich
Milch					
Quark					
Joghurt					
Käse					
Eier					
Brot/Brötchen					
Müsli					
Nudeln					
Kuchen					
Süßigkeiten					
Fleisch					
Fisch					
Wurst					
Gemüse					
Obst					

Wie oft trinken Sie durchschnittlich folgende Getränke?

Wasser mit Kohlensäure	
Wasser ohne Kohlensäure	
Fruchtsaft	
Cola	
Süßgetränke	
Kaffee	Tassen
Tee	Tassen
Bier	Gläser
Wein	Gläser
Wie viel Liter trinken Sie durchschnittlich pro Tag (alle Getränke zusammengerechnet)?	Liter

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

Geburt

	spontane Geburt	per Kaiserschnitt	weiß ich nicht
Wie wurden Sie geboren?			

Wie ist Ihr Zahnstand?

	nein	1-2	3-5	6-8	9 oder mehr
Tragen Sie aktuell Amalgamfüllungen?					
aktuell					

früher, die inzwischen entfernt wurden?

nein	ja	welche und wie viele?

Haben Sie Implantate?

Überkronte Zähne?

Wurzelgefüllte/tote Zähne

Antibiotikabehandlungen: (egal ob bei Erkältung, Blasenentzündung, Zahnproblemen, Operationen...)

in ihren ersten (!) 5 Lebensjahren insgesamt	mal

in den letzten 10 Jahren	mal

Medikamente

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	zur Nacht	nur bei Bedarf

Impfungen/Booster

Beziehung (Familienstand)

	alleinstehend	geschieden	verheiratet	in fester Partnerschaft	Kinder
ich bin					

Derzeitige berufliche Tätigkeit

Was erwarten Sie von meiner Behandlung?

Text

Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!

Manu-Heilzeit Ganzheitliche GesundheitPraxis
Breslauer Str. 24,48683 Ahaus
E-Mail: info@manu-heilzeit.com
Tel. 02561 7569987
Mobil: 0151 22925540

