

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. Das Ausfüllen ist freiwillig, aber 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:
 Hausarzt:

Sind Sie aktuell in Behandlung bei:

Arzt/Ärztin einem Heilpraktiker/in
 einem Psychotherapeut/in einem Physiotherapeut/in einem Osteopath/in

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Überweisung durch: auf Empfehlung von:
 Internet über: Ärztebewertungsportale Praxishomepage Sonstiges:

Welches Anliegen führt Sie zu mir?

Haben Sie Beschwerden? nein ja Welche?

Gesundheitsvorsorge? nein ja

Haben Sie spezielle Fragen?

Komplementärmedizin? nein ja

Wünschen Sie:

Standard-Schulmedizinische Behandlung Naturheilkundliche erweiterte Behandlung
 Beste medizinische Behandlung ganz individuell auf Ihre Bedürfnisse

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"/>
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	<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 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"/>				



	(fast) nie	ab und zu	häufig	(fast) immer	derzeit
Sonstige Gelenkbeschwerden	<input type="checkbox"/>				
Muskel- oder Wadenkrämpfe	<input type="checkbox"/>				
Muskelschwäche	<input type="checkbox"/>				
Antriebslosigkeit/ Lustlosigkeit	<input type="checkbox"/>				
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"/>				

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"/>				
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 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?

nein

Ja, ich habe

1-2

3-5

6-8

Überkronte 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"/>				
<hr/>					
Brot/ Brötchen	<input type="checkbox"/>				
Müsli	<input type="checkbox"/>				
Nudeln	<input type="checkbox"/>				
Kuchen	<input type="checkbox"/>				
Süßigkeiten	<input type="checkbox"/>				
<hr/>					
	(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"/>				
<hr/>					
Kaffee	<input type="checkbox"/>				
Tee	<input type="checkbox"/>				
Wasser mit / Ohne Kohlensäure	<input type="checkbox"/>				
Fruchtsäfte	<input type="checkbox"/>				
<hr/>					
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?

.....

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

Haben Sie ein Haustier?

nein

ja

Welches?



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
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Medikamentenunverträglichkeiten:

Was erwarten Sie von meiner Behandlung?

.....
.....

Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!



Theodor-Heuss-Straße 1
71540 Murrhardt
Ärztehaus am Römerbad (2. OG)

Telefon: 07192 / 900566
Telefax: 07192 / 900568
Web: www.praxis-scherat.de