

Fragebogen für Erwachsene

Bitte füllen Sie den folgenden Fragebogen (soweit es Ihnen möglich ist) vollständig aus und bringen folgendes zum Erstgespräch mit:

- den ausgefüllten Fragebogen
- Kopien etwaiger Unterlagen (z.B. aktuelle Arztbriefe / Befunde)

Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Datum:.....

Name:Vorname:.....

Anschrift:.....

Geburtsdatum:Geburtsort:.....

Familienstand:.....Kinder:.....

Tel.(priv.).....Tel.(Handy):.....

Email:.....Krankenversicherung:.....

Beruf:.....

Ablauf der Behandlung bzw. Anamnese:

- Die Erstanamnese wird ca. 1½ - 2 Stunden in Anspruch nehmen, bitte planen Sie ausreichend Zeit ein.
- Bitte beachten Sie folgende Verhaltensweisen während der Therapie:
Notieren sie sich alle Veränderungen und Reaktionen um sie beim Folgetermin besprechen zu können.
- Sollten Sie einen Termin absagen müssen, sollte dies bis 48 Stunden vorher geschehen sein, ansonsten wird dieser berechnet, falls er nicht neu vergeben werden kann. (Montagstermine müssen am Freitag der Vorwoche abgesagt werden.)

Hauptbeschwerde:

Wann begannen die Probleme? Was geschah zu diesem Zeitpunkt in Ihrem Leben?
Was glauben Sie hat dazu geführt? Was haben Sie schon unternommen?
(Nutzen Sie gegebenenfalls ein extra Blatt, falls der Platz nicht ausreicht)

Körperliche Beschwerden:

Bitte kreuzen Sie im Folgenden **ALLE** Punkte an, die Sie betreffen oder schon betroffen haben. Bitte vermerken Sie auch, **WANN** Sie diese Beschwerden hatten:

<p><u>Kinderkrankheiten:</u></p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Röteln<input type="checkbox"/> Mumps<input type="checkbox"/> Scharlach<input type="checkbox"/> Diphtherie<input type="checkbox"/> Keuchhusten<input type="checkbox"/> Windpocken<input type="checkbox"/> Rachitis<input type="checkbox"/> Masern<input type="checkbox"/> Sonstige <p><u>Hals-Nasen-Ohren-Augen-Krankheiten:</u></p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Grüner Star<input type="checkbox"/> Grauer Star<input type="checkbox"/> Bindehautentzündungen<input type="checkbox"/> Gerstenkorn<input type="checkbox"/> Hagelkorn<input type="checkbox"/> Nasen-Nebenhöhlenentzündung<input type="checkbox"/> Heuschnupfen<input type="checkbox"/> Nasenbluten<input type="checkbox"/> Halsentzündungen<input type="checkbox"/> Mandelentzündungen<input type="checkbox"/> Mittelohrentzündungen<input type="checkbox"/> Sonstige<input type="checkbox"/> <p><u>Zähne und Mund:</u></p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Karies<input type="checkbox"/> Amalgamfüllungen<input type="checkbox"/> Goldfüllungen<input type="checkbox"/> Zahnwurzelbehandlungen<input type="checkbox"/> Parodontitis<input type="checkbox"/> Prothesen<input type="checkbox"/> Implantate<input type="checkbox"/> Zähne gezogen<input type="checkbox"/> Aphten<input type="checkbox"/> Zunge verbreitert/ Zahneindrücke<input type="checkbox"/> Candida-Mykose<input type="checkbox"/> Zahnspange<input type="checkbox"/> Sonstige <p><u>Bewegungsapparat:</u></p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Rheuma<input type="checkbox"/> Gicht<input type="checkbox"/> Muskelerkrankungen<input type="checkbox"/> Gelenkschmerzen<input type="checkbox"/> Rückenschmerzen<input type="checkbox"/> Osteoporose<input type="checkbox"/> Arthrose<input type="checkbox"/> Sonstige<input type="checkbox"/> <p><u>Stoffwechselerkrankungen:</u></p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Gicht<input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankungen<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus<input type="checkbox"/> Sonstige<input type="checkbox"/><input type="checkbox"/>	<p>Datum:</p>	<p><u>Atemwegserkrankungen:</u></p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Lungenentzündung<input type="checkbox"/> Rippenfellentzündung<input type="checkbox"/> Bronchitis<input type="checkbox"/> Asthma<input type="checkbox"/> Tuberkulose<input type="checkbox"/> Sonstige<input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> <p><u>Magen-Darm-Erkrankungen:</u></p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Sodbrennen<input type="checkbox"/> Gastritis<input type="checkbox"/> Magen/Darmgeschwür<input type="checkbox"/> Gallensteine<input type="checkbox"/> Gelbsucht<input type="checkbox"/> Lebererkrankungen<input type="checkbox"/> Blinddarmentzündung<input type="checkbox"/> Darmerkrankungen<input type="checkbox"/> Würmer<input type="checkbox"/> Blähungen<input type="checkbox"/> Verstopfung<input type="checkbox"/> Durchfall<input type="checkbox"/> Hämorrhoiden<input type="checkbox"/> Sonstige<input type="checkbox"/> <p><u>Herz- u. Gefäßerkrankungen:</u></p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Hoher Blutdruck<input type="checkbox"/> Niedriger Blutdruck<input type="checkbox"/> Herzfehler<input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörungen<input type="checkbox"/> Herzdruck<input type="checkbox"/> Herzschmerzen<input type="checkbox"/> Herzinfarkt<input type="checkbox"/> Schlaganfall<input type="checkbox"/> Durchblutungsstörungen<input type="checkbox"/> Krampfadern<input type="checkbox"/> Thrombose<input type="checkbox"/> Sonstige<input type="checkbox"/> <p><u>Haut:</u></p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Neurodermitis<input type="checkbox"/> Psoriasis<input type="checkbox"/> Hämangiom<input type="checkbox"/> Warzen<input type="checkbox"/> Herpes<input type="checkbox"/> Trocken, schuppig, ölig<input type="checkbox"/> Sonstige<input type="checkbox"/> <p><u>Infektionen:</u></p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Tropenkrankheiten<input type="checkbox"/> Aids<input type="checkbox"/> Hepatitis A/B/C/D/E<input type="checkbox"/> Tuberkulose<input type="checkbox"/> Malaria<input type="checkbox"/> Gelbfieber<input type="checkbox"/> Sonstige<input type="checkbox"/>	<p>Datum:</p>
---	---------------	--	---------------

<p><u>Nieren- u. Geschlechts-krankheiten:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Blasenentzündungen <input type="checkbox"/> Nierenbeckenentzündungen <input type="checkbox"/> Blasen/Nierensteine <input type="checkbox"/> Inkontinenz <input type="checkbox"/> Feigwarzen(Kondylome) <input type="checkbox"/> Genitalherpes <input type="checkbox"/> Tripper(Gonorrhoe) <input type="checkbox"/> Syphilis <input type="checkbox"/> Sonstige <input type="checkbox"/> <p><u>Andere Erkrankungen:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Allergien <input type="checkbox"/> Kopfschmerz <input type="checkbox"/> Schwindel <input type="checkbox"/> Krämpfe <input type="checkbox"/> Krampfanfälle <input type="checkbox"/> Ohnmachtsanfälle <input type="checkbox"/> Kreislaufschwäche <input type="checkbox"/> Häufiges Frieren <input type="checkbox"/> Häufiges Schwitzen <input type="checkbox"/> Hitzewellen <input type="checkbox"/> Sonnenstich <input type="checkbox"/> Neurologische Erkrankungen <input type="checkbox"/> Gemütskrankungen <input type="checkbox"/> Depressionen <input type="checkbox"/> Suizidversuche <input type="checkbox"/> Ängste <input type="checkbox"/> Phobien <input type="checkbox"/> Zwänge <input type="checkbox"/> Suchterkrankungen <input type="checkbox"/> Alkoholismus <input type="checkbox"/> Medikamentensucht <input type="checkbox"/> Drogensucht <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Schlafstörungen <input type="checkbox"/> Wiederkehrende Träume <input type="checkbox"/> Alpträume <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sonstige <p><u>FÜR FRAUEN</u></p> <p><u>Schwangerschaft u. Geburt:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Schwangerschaften <input type="checkbox"/> Geburt <input type="checkbox"/> Abort <input type="checkbox"/> Abbruch <input type="checkbox"/> Sonstige <p><u>Menstruation:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Menarche (Wann) <input type="checkbox"/> Zyklus in Tagen <input type="checkbox"/> Regelblutung in Tagen <input type="checkbox"/> Dysmenorrhoe <input type="checkbox"/> Ausfluss <input type="checkbox"/> PMS <input type="checkbox"/> Menopause <input type="checkbox"/> Hitzewallungen, etc. <input type="checkbox"/> Sonstige <p><u>Brust:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Spannung <input type="checkbox"/> Knoten <input type="checkbox"/> Sonstige 	<p>Datum:</p>	<p>FÜR MÄNNER</p> <p><u>Männliche Geschlechtsorgane:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Prostatavergrößerung <input type="checkbox"/> Phimose als Junge <input type="checkbox"/> Sonstige <input type="checkbox"/> <p><u>Impfungen:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> MMR <input type="checkbox"/> Windpocken <input type="checkbox"/> Diphtherie <input type="checkbox"/> Keuchhusten <input type="checkbox"/> Tuberkulose <input type="checkbox"/> Hepatitis <input type="checkbox"/> Polio <input type="checkbox"/> Tetanus <input type="checkbox"/> Pneumokokken <input type="checkbox"/> HIB <input type="checkbox"/> Covid19, Welcher Impfstoff? <input type="checkbox"/> HPV <input type="checkbox"/> Meningokokken <input type="checkbox"/> FSME <input type="checkbox"/> sonstige <input type="checkbox"/> Komplikationen? Welche? <p><u>Arzneimittel:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Salben/Cremes <input type="checkbox"/> Homöopathische Mittel <input type="checkbox"/> „Pille“, Hormonspirale <input type="checkbox"/> Antibiotika, Cortison <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sonstige <p><u>Operationen:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Blinddarm <input type="checkbox"/> Mandeln <input type="checkbox"/> Polypen <input type="checkbox"/> Unfälle <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sonstige <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Komplikationen? <p><u>Krankenhausaufenthalt:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Operationen <input type="checkbox"/> Unfälle <input type="checkbox"/> Schwere Krankheiten <input type="checkbox"/> Kuren <input type="checkbox"/> Psychosomatische Klinik <input type="checkbox"/> Psychiatrie <input type="checkbox"/> Sonstige <p><u>Lebenskrisen:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Traumatische Erlebnisse <input type="checkbox"/> Schwere Krankheiten <input type="checkbox"/> Verlust von Angehörigen <input type="checkbox"/> Verlust von Bezugspersonen <input type="checkbox"/> Trennung <input type="checkbox"/> Scheidung <input type="checkbox"/> Umzüge <input type="checkbox"/> Geschäftsaufgabe <input type="checkbox"/> Arbeitslosigkeit <input type="checkbox"/> Überanstrengung <input type="checkbox"/> Überforderung <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sonstiges 	<p>Datum:</p>
---	---------------	--	---------------

Nahrungsmittel:

Bitte geben Sie an, was Sie gerne mögen und was Sie nicht gerne mögen (frei von gesundheitlichen oder anderen Erwägungen), außerdem eventuelle Unverträglichkeiten. Den Grad von Verlangen, Abneigung oder Unverträglichkeit kennzeichnen Sie bitte mit der entsprechenden Anzahl von Kreuzen:

(**x**) = schwach **x** = etwas **xx** = stark **xxx** = sehr stark

Nahrungsmittel	Verlangen	Neutral	Abneigung	Unverträglichkeit
Bitteres				
Salziges				
Süßes				
Schokolade				
Saures				
Scharfes				
warme Getränke				
Warme Speisen				
kalte Getränke				
kalte Speisen				
Mayonnaise				
Fett/Butter/Öl				
Fisch				
Meeresfrüchte/Muscheln				
Fleisch / Fleischfett				
Eis / Eiscrème				
Milch				
Milchprodukte				
Käse				
Salat				
Gemüse				
Obst (welches) :				
Orangen				
Gebratenes				
Geräuchertes				
Salzstangen/Chips				
Eier				
Kohl				
Zwiebeln				
Knoblauch				
Kartoffeln				
Getreide (welches)				
Mehlspeisen				
Brot (welches)				
Nudeln				
Tee				
Kaffee				
Cola				
Alkohol (wie viel)				
Tabak (wie viel)				
Spezielle Lieblingsspeisen:				
Speisen, die gar nicht schmecken oder bekommen:				

Einflüsse von außen:

Es folgt eine Liste von Dingen und Situationen, denen jeder Mensch mehr oder weniger ausgesetzt ist. Jeder dieser Faktoren kann Sie auf bestimmte Weise beeinflussen. Bitte kreuzen sie zu jedem Stichwort ein entsprechendes Kästchen, je nach Grad und Art der Beeinflussung (bei widersprüchlichen Erfahrungen sind auch mehrere Markierungen möglich) an.

	SEHR POSITIV	POSITIV	NEUTRAL	NEGATIV	SEHR NEGATIV	ART DER AUSWIRKUNG:
Frühling						
Sommer						
Herbst						
Winter						
Wetterwechsel						
Mond, Vollmond,...						
Warmes Wetter						
Kaltes Wetter						
Trockenes Wetter						
Feuchtes Wetter						
Schwüles Wetter						
Pralle Sonne						
Regen						
Nebel						
Schnee						
Sturm						
Wind						
Gewitter						
Seeluft, am Meer						
Gebirge						
Trockene Luft						
Zugluft						
Tabakrauch						
Offene Plätze						
Enge Räume						
Warme Räume						
Kühle Räume						
Feuchte Räume						
Sauna						
Waschen/baden(heiß/kalt)						
Bettwärme						
Liegen						
Stehen						
Sitzen						
Laufen						
Gehen						
Ruhe						
Ruhige Bewegung						
Schnelle Bewegung						
Anstrengung						
Sport						
Hinaufsteigen						
Hinabsteigen						
Trost						
Weinen						
Zeitdruck						
Leistungsdruck						
Prüfungen						
Wochenende						
Urlaub						
Reisen						
Morgen						
Vormittag						
Mittag						

Familiengeschichte:

Bitte führen Sie im Folgenden die Erkrankungen auf, die in Ihrer Familie vorkommen bzw. vorgekommen (falls bekannt) sind.

z.B.: Tuberkulose, Krebs, Diabetes, Rheuma, Herzinfarkt, Fehlbildungen, Geschlechtskrankheiten, Allergien, Hauterkrankungen, Süchte, neurologische oder psychische Erkrankungen, früher Tod, Suizid, ect.

Eigene Kinder:

Mutter:

Vater:

Geschwister:

Großmutter mütterlicherseits:

Großvater mütterlicherseits:

Tanten oder Onkel mütterlicherseits:

Großmutter väterlicherseits:

Großvater väterlicherseits:

Tanten oder Onkel väterlicherseits:

Cousinen und Cousins:

Notizen: