

**Naturheilpraxis Dipl.Biol. Anna Kaiser HP**  
 Eutiner Ring 8  
 23611 Bad Schwartau  
 Telefon: 0451/23945  
 Email: gesund@naturheilpraxis-badschwartau.de

## Gesundheits-Fragebogen

### Persönliche Angaben

		Heutiges Datum
Name	Vorname	Geburtsdatum
Straße und Hausnummer	Postleitzahl	Ort
E-Mail	Telefon	Mobil
Krankenkasse	Hausarzt	Zahnarzt
Wie sind Sie auf meine Praxis aufmerksam geworden?		

### Zu Ihrer Person

Größe	Gewicht ggf. Wunschgewicht	Blutgruppe (falls bekannt)
Derzeitige berufliche Tätigkeit	Wochenarbeitszeit (Stunden)	Weitere Ausbildungen
Familienstand/ Beziehungssituation: <input type="checkbox"/> alleinlebend <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> in fester Partnerschaft		
Ich habe: <input type="checkbox"/> ___ Kinder <input type="checkbox"/> keine Kinder		

Welches Anliegen führt Sie in meine Praxis?
Seit wann bestehen die Beschwerden?
Gab es einen erkennbaren Auslöser (Kummer, Erkrankungen, Medikamente...)?
Welche Erwartungen und Wünsche haben Sie an die Behandlung in meiner Praxis, heute und langfristig?

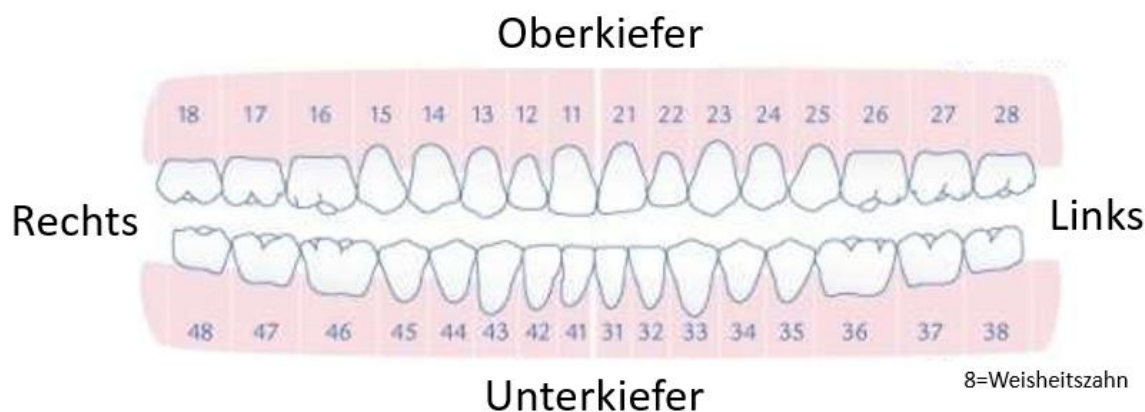
Welche Erkrankungen gab oder gibt es bei Ihnen selbst und (seit) wann?		
<input type="checkbox"/> Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung (Hashimoto, anderes?)	<input type="checkbox"/> Hörsturz/ Tinnitus (rechts/links)
<input type="checkbox"/> Koronare Herzkrankheit	<input type="checkbox"/> Lebererkrankung	<input type="checkbox"/> Depression
<input type="checkbox"/> Herzinfarkt	<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/> Epilepsie oder andere Nervenleiden
<input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörungen	<input type="checkbox"/> Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/> Neurodermitis
<input type="checkbox"/> Schlaganfall	<input type="checkbox"/> Reizdarm	<input type="checkbox"/> Asthma
<input type="checkbox"/> Thrombose	<input type="checkbox"/> Chron. Darmerkrankung	<input type="checkbox"/> Heuschnupfen
<input type="checkbox"/> Lungenembolie	<input type="checkbox"/> Rheuma	<input type="checkbox"/> Allergien
<input type="checkbox"/> COPD/ Emphysem	<input type="checkbox"/> Krebserkrankung. Welche?	<input type="checkbox"/> Probleme im Anal-/ Genitalbereich
Welche anderen Erkrankungen gibt oder gab es bei Ihnen noch und (seit) wann?		
Gab es Operationen (was und wann)?		
Haben Sie Implantate? (Herzschrittmacher, Schmerzpumpen, Brustimplantate etc.)		
Gab es bedeutsame Unfälle/ Verletzungen (was und wann)?		
Wie wurden Sie geboren? <input type="checkbox"/> spontane Geburt <input type="checkbox"/> per Kaiserschnitt <input type="checkbox"/> weiß ich nicht		

Gab es bei früheren Laboruntersuchungen einmal Auffälligkeiten?		
<input type="checkbox"/> Leberwerte	<input type="checkbox"/> Nierenwerte	<input type="checkbox"/> Entzündungswerte
<input type="checkbox"/> Blutzuckerwerte	<input type="checkbox"/> Cholesterin	<input type="checkbox"/> Schilddrüsenwerte
<input type="checkbox"/> Eisenmangel	<input type="checkbox"/> Blutarmut	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörungen	<input type="checkbox"/> Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/>

Leiden Sie/ litten Sie früher schon einmal an folgenden Beschwerden (wie häufig, intensiv)?		
<input type="checkbox"/> 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"/> Sodbrennen/ empfindlicher Magen	<input type="checkbox"/> Bauchschmerzen
<input type="checkbox"/> Blähungen	<input type="checkbox"/> Weichstühle (wie oft täglich?)	<input type="checkbox"/> Verstopfung
<input type="checkbox"/> Rückenschmerzen (wo?)	<input type="checkbox"/> Hüftprobleme/ -schmerzen	<input type="checkbox"/> Knieprobleme/ -schmerzen
<input type="checkbox"/> Sonstige Gelenkbeschwerden	<input type="checkbox"/> Muskel- oder Wadenkrämpfe	<input type="checkbox"/> Muskelschwäche/ schmerzen
<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"/> Wassereinlagerungen (Hände? Füße?)
<input type="checkbox"/> Kopfschmerzen (welche Art?)	<input type="checkbox"/> Haarausfall	<input type="checkbox"/> Hautprobleme (Jucken, Rötung, Akne...)
<input type="checkbox"/> Augentrockenheit	<input type="checkbox"/> Mundtrockenheit	<input type="checkbox"/>

### Veränderung Ihres Körpergewichts:

Ich habe in den letzten 10 Jahren unterm Strich:	
<input type="checkbox"/> mein Gewicht kaum verändert <input type="checkbox"/> ___kg abgenommen <input type="checkbox"/> ___kg zugenommen	
Treiben Sie regelmäßig Sport?	Sportart/-en:
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja ___mal pro Woche für ca. ___Minuten.	



**Zähne** (wenn möglich auf Schema markieren):

Wurden Ihnen Zähne entfernt?		
Tragen Sie aktuell Amalgamfüllungen?		
<input type="checkbox"/> nein, noch nie <input type="checkbox"/> Ja, ich habe __ Amalgamfüllungen <input type="checkbox"/> Ich hatte früher __ Amalgamfüllungen, die inzwischen entfernt wurden		
Haben Sie Implantate?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Ja (wie viele?)
Überkronte Zähne?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Ja (wie viele?)
Wurzelgefüllte/ tote Zähne?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Ja (wie viele?)

**Verdauungsgewohnheiten und -beschwerden:**

Wie oft haben Sie Stuhlgang? __mal pro Tag		
wenn nicht täglich: __mal pro Woche		
Konsistenz des Stuhls überwiegend:		
hart <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> breiig <input type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/> klebt in Schüssel <input type="checkbox"/> wechselnd <input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Blähungen (wie oft?)	<input type="checkbox"/> Bauchschmerzen/-krämpfe	<input type="checkbox"/> Völlegefühle
<input type="checkbox"/> Übelkeit (wann?)	<input type="checkbox"/> Erbrechen	<input type="checkbox"/> Übelkeit (wann?)
<input type="checkbox"/> Sodbrennen/ saures Aufstoßen	<input type="checkbox"/> Vermehrtes Aufstoßen (nicht sauer)	<input type="checkbox"/>

**Genussmittel:**

Ich bin Nichtraucher:	Ich rauche durchschnittlich etwa __Zigaretten pro Tag	Früher rauchte ich __Zigaretten pro Tag
<input type="checkbox"/> immer schon <input type="checkbox"/> seit __Jahren		
<input type="checkbox"/> Cannabis	<input type="checkbox"/> andere Drogen	<input type="checkbox"/>

**Wie oft konsumieren Sie durchschnittlich folgende Nahrungsmittel?**

(0=Abneigung 1=fast nie 2= ab und zu 3= mehrfach pro Wo. 4=einmal täglich 5=mehrfach tägl.)

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> frisch zubereitete Kost | <input type="checkbox"/> Fertignahrung, verarbeitet |   |
| <input type="checkbox"/> Brot/ Brötchen          | <input type="checkbox"/> Käse                       | <input type="checkbox"/> Kaffee ( __Becher) |
| <input type="checkbox"/> Müsli                   | <input type="checkbox"/> Eier                       | <input type="checkbox"/> Fruchtsäfte        |
| <input type="checkbox"/> Nudeln                  | <input type="checkbox"/> Fleisch/ Wurst             | <input type="checkbox"/> Cola               |
| <input type="checkbox"/> Kuchen/ Süßigkeiten     | <input type="checkbox"/> Fisch                      | <input type="checkbox"/> Süßgetränke        |
| <input type="checkbox"/> Kuhmilch                | <input type="checkbox"/> Gemüse                     | <input type="checkbox"/> Bier ( __Gläser)   |
| <input type="checkbox"/> Quark / Joghurt         | <input type="checkbox"/> Obst                       | <input type="checkbox"/> Wein ( __Gläser)   |

Gibt es Nahrungsmittel, die Ihnen nicht gut bekommen?

Wie viel Wasser trinken Sie durchschnittlich pro Tag? \_\_Liter ; welches Wasser?

**Hormone (bei erwachsenen Patienten)**

<p><b>Frauen:</b></p> <p><u>Periode:</u></p> <p><input type="checkbox"/> (noch) nicht</p> <p><input type="checkbox"/> nicht mehr (seit wann)</p> <p><input type="checkbox"/> regelmäßig</p> <p><input type="checkbox"/> unregelmäßig</p> <p><input type="checkbox"/> gering</p> <p><input type="checkbox"/> (sehr) stark</p> <p><input type="checkbox"/> schmerzhaft</p> <p><u>Verhütungsmethode(n):</u></p> <p><input type="checkbox"/> Pille/ NuvaRing/ Kondome/ Spirale/ OP ...</p>	<p><u>Schwangerschaften:</u></p> <p><input type="checkbox"/> Aktuell schwanger?</p> <p><input type="checkbox"/> Anzahl Schwangerschaften ____</p> <p><input type="checkbox"/> Anzahl Geburten ____</p> <p><input type="checkbox"/> Unerfüllter Kinderwunsch?</p> <p><u>Hormonelle Dysregulation:</u></p> <p><input type="checkbox"/> Mastopathie („Brustspannen“)</p> <p><input type="checkbox"/> Nachtschweiß</p> <p><input type="checkbox"/> Scheidentrockenheit</p> <p><input type="checkbox"/> Beckenbodenschwäche</p> <p><input type="checkbox"/> Reduzierte Orgasmus-Fähigkeit</p> <p><input type="checkbox"/> Low Libido („keine Lust an der Lust“)</p>
<p><b>Männer:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Unerfüllter Kinderwunsch?</p>	<p><input type="checkbox"/> Impotenz/ Erektionsschwierigkeiten</p> <p><input type="checkbox"/> Reduzierte Orgasmus-Fähigkeit</p> <p><input type="checkbox"/> Low Libido („keine Lust an der Lust“)</p>

**Infektanfälligkeit:**

<p>Grippe/ Erkältung u. ä.: in den letzten 5 Jahren durchschnittlich __mal pro Jahr</p>	<p>Blasenentzündungen: in den letzten 5 Jahren durchschnittlich __mal pro Jahr</p>
<p>Antibiotikabehandlungen: (egal ob bei Erkältung, Blasenentzündung, Zahnproblemen, OPs ...):</p> <p>In Ihren <u>ersten 5 Lebensjahren</u> insgesamt: __mal</p>	<p>Antibiotikabehandlungen: in den letzten 10 Jahren insgesamt: ____mal</p>

Welche Medikamente, Verhütungsmittel, Sprays und Bedarfsmedikamente (Schmerz-, Allergie- und Schlaftabletten etc.) sowie Nahrungsergänzungsmittel nehmen Sie aktuell ein (Dosierung)?

**Medikamente:**

**Nahrungsergänzungsmittel:**

**Zu Ihrer Familiengeschichte:**

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:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mutter verstorben? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wann? Alter? Woran?			
Vater verstorben? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wann? Alter? Woran?			

Haben Sie ansteckende Infektionserkrankungen (HIV, Hepatitis, Tuberkulose...)?

Welche Maßnahmen ergreifen Sie selbst, um Ihre Gesundheit zu erhalten?

Ich habe den Behandlungsvertrag gelesen, verstanden und akzeptiere die Bedingungen.

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift