**Naturheilpraxis Dipl.Biol. Anna Kaiser HP**

Eutiner Ring 8

23611 Bad Schwartau

Telefon: 0451/23945

Email: gesund@praxis-anna-kaiser.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 | Gewichtggf. Wunschgewicht | Blutgruppe (falls bekannt) |
| Derzeitige berufliche Tätigkeit | Wochenarbeitszeit (Stunden) | Weitere Ausbildungen |
| Familienstand/ Beziehungssituation: alleinlebend  verheiratet  geschieden  in fester Partnerschaft  |
|  Ich habe:  \_\_\_ Kinder  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?  |
|  Bluthochdruck  |  Schilddrüsenerkrankung(Hashimoto, anderes?) |  Hörsturz/ Tinnitus  (rechts/links) |
|  Koronare Herzkrankheit |  Lebererkrankung  |  Depression  |
|  Herzinfarkt  |  Diabetes mellitus |  Epilepsie oder andere Nervenleiden |
|  Herzrhythmusstörungen |  Nierenerkrankung |  Neurodermitis |
|  Schlaganfall  |  Reizdarm |  Asthma |
|  Thrombose |  Chron. Darmerkrankung  |  Heuschnupfen |
|  Lungenembolie  |  Rheuma |  Allergien |
|  COPD/ Emphysem |  Krebserkrankung. Welche? |  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?  spontane Geburt  per Kaiserschnitt  weiß ich nicht  |

|  |
| --- |
| Gab es bei früheren Laboruntersuchungen einmal Auffälligkeiten?  |
|  Leberwerte   |  Nierenwerte  |  Entzündungswerte  |
|  Blutzuckerwerte |  Cholesterin   |  Schilddrüsenwerte |
|  Eisenmangel |  Blutarmut  |   |
|  Herzrhythmusstörungen |  Nierenerkrankung |   |

|  |
| --- |
| Leiden Sie/ litten Sie früher schon einmal an folgenden Beschwerden (wie häufig, intensiv)?  |
|  Husten |  Auswurf |  Schleimgefühl im Hals oder Rachen  |
|  Verstopfte Nase/ Naselaufen/ Nießen  |  Luftnot bei Anstrengung  |  Luftnot in körperlicher Ruhe   |
|  Engegefühl/Beklemmung der Brust  |  Einschlafstörung |  Durchschlafstörung |
|  Schnarchen  |  Nächtliche Atemauffälligkeiten/ -pausen |  Nächtliches Wasserlassen   |
|  Nächtliches Zähneknirschen  |  Morgendliche Unausgeschlafenheit |  Müdigkeit am Tage  |
|  Rasche Erschöpfung bei Anstrengung  |  Konzentrationsstörung |  Gedächtnisstörung  |
|  Schwindel  |  Heißhungerattacken  |  Appetitlosigkeit |
|  Mundgeruch   |  Sodbrennen/ empfindlicher Magen |  Bauchschmerzen  |
|  Blähungen |  Weichstühle (wie oft täglich?) |  Verstopfung  |
|  Rückenschmerzen (wo?) |  Hüftprobleme/ -schmerzen  |  Knieprobleme/ -schmerzen  |
|  Sonstige Gelenkbeschwerden  |  Muskel- oder Wadenkrämpfe |  Muskelschwäche/ schmerzen |
|  Antriebslosigkeit/ Lustlosigkeit  |  Traurigkeit/ Depressivität  |  Ängste |
|  Vermehrtes Schwitzen tagsüber  |  Vermehrtes Schwitzen nächtlich  |  Wassereinlagerungen (Hände? Füße?) |
|  Kopfschmerzen (welche Art?) |  Haarausfall |  Hautprobleme (Jucken, Rötung, Akne...)  |
|  Augentrockenheit  |  Mundtrockenheit  |   |

**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:  |



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

|  |
| --- |
| Wurden Ihnen Zähne entfernt? |
| Tragen Sie aktuell Amalgamfüllungen?  nein, noch nie Ja, ich habe \_\_ Amalgamfüllungen Ich hatte früher \_\_Amalgamfüllungen, die inzwischen entfernt wurden |
| Haben Sie Implantate?  nein  Ja (wie viele?) |
| Überkronte Zähne?  nein  Ja (wie viele?) |
| Wurzelgefüllte/ tote Zähne?  nein  Ja (wie viele?) |

**Verdauungsgewohnheiten und -beschwerden:**

|  |
| --- |
| Wie oft haben Sie Stuhlgang? \_\_mal pro Tagwenn nicht täglich: \_\_mal pro Woche |
| Konsistenz des Stuhls überwiegend: hart normal breiig Durchfall klebt in Schüssel  wechselnd |
|  Blähungen (wie oft?) |  Bauchschmerzen/-krämpfe |  Völlegefühle |
|  Übelkeit (wann?) |  Erbrechen |  Übelkeit (wann?) |
|  Sodbrennen/ saures Aufstoßen |  Vermehrtes Aufstoßen (nicht sauer) |   |

**Genussmittel:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ich bin Nichtraucher: immer schon  seit \_\_\_Jahren | Ich rauche durchschnittlich etwa \_\_\_Zigaretten pro Tag | Früher rauchte ich \_\_\_Zigaretten pro Tag |
|  Cannabis |  andere Drogen |   |

**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.

 frisch zubereitete Kost

 Fertigkost, verarbeitet

 Brot/ Brötchen

 Müsli

 Nudeln

 Kuchen/ Süßigkeiten

 Kuhmilch

 Quark / Joghurt

 Käse

 Eier

 Fleisch/ Wurst

 Fisch

 Gemüse

 Obst

 Kaffee (\_\_\_Becher)

 Fruchtsäfte

 Cola

 Süßgetränke

 Bier (\_\_\_Gläser)

 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)**

|  |  |
| --- | --- |
| **Frauen:** Periode: (noch) nicht nicht mehr (seit wann)  regelmäßig  unregelmäßig  gering  (sehr) stark  schmerzhaft Verhütungsmethode(n): Pille/ NuvaRing/ Kondome/ Spirale/ OP … | Schwangerschaften: Aktuell schwanger? Anzahl Schwangerschaften \_\_\_\_ Anzahl Geburten \_\_\_\_ Unerfüllter Kinderwunsch?Hormonelle Dysregulation: Mastopathie („Brustspannen“) Nachtschweiß Scheidentrockenheit Beckenbodenschwäche Reduzierte Orgasmus-Fähigkeit Low Libido („keine Lust an der Lust“) |
| **Männer:**  Unerfüllter Kinderwunsch? |  Impotenz/ Erektionsschwierigkeiten  Reduzierte Orgasmus-Fähigkeit Low Libido („keine Lust an der Lust“) |

**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, OPs ...): In Ihren ersten 5 Lebensjahren insgesamt: \_\_mal | Antibiotikabehandlungen: in den letzten 10 Jahren insgesamt: \_\_\_mal |

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   

Diabetes   

Herzinfarkt   

Schlaganfall   

Krebserkrankung (welche?)   

Neurodermitis/ Allergie/ Asthma   

Depression/ Nervenleiden   

Andere wichtige Erkrankungen:   

Mutter verstorben?  nein  ja Wann? Alter? Woran?

Vater verstorben?  nein  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