

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	Gewicht ggf. 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?

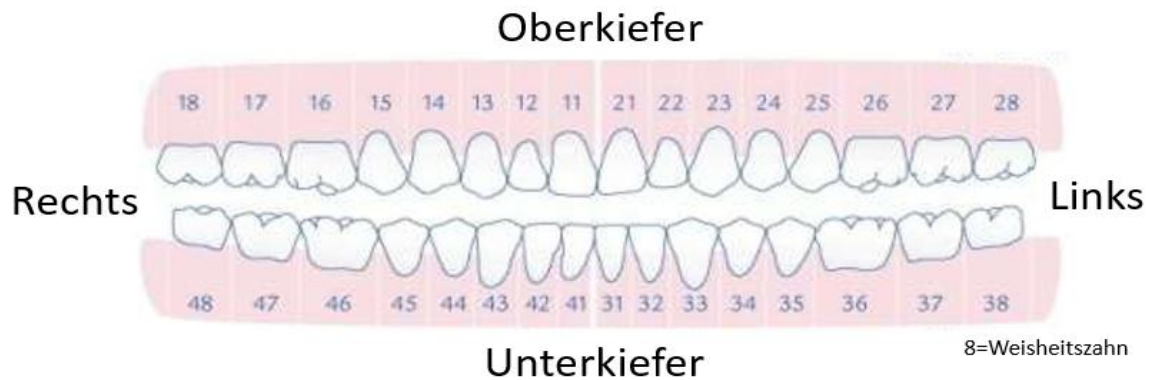
Welche Erkrankungen gab oder gibt es bei Ihnen selbst und (seit) wann?		
☐ Bluthochdruck	☐ Schilddrüsenerkrankung (Hashimoto, anderes?)	☐ Hörsturz/ Tinnitus (rechts/links)
☐ Koronare Herzkrankheit	☐ Lebererkrankung	☐ Depression
☐ Herzinfarkt	☐ Diabetes mellitus	☐ Epilepsie oder andere Nervenleiden
☐ 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?	Sportart/-en:
☐ nein ☐ ja ___mal pro Woche für ca. ___Minuten.	



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 Tag		
wenn 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:	Ich rauche durchschnittlich etwa __Zigaretten pro Tag	Früher rauchte ich __Zigaretten pro Tag
☐ immer schon		
☐ seit __Jahren		
☐ 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 | ☐ Fertignahrung, verarbeitet | |
| ☐ Brot/ Brötchen | ☐ Käse | ☐ Kaffee (___Becher) |
| ☐ Müsli | ☐ Eier | ☐ Fruchtsäfte |
| ☐ Nudeln | ☐ Fleisch/ Wurst | ☐ Cola |
| ☐ Kuchen/ Süßigkeiten | ☐ Fisch | ☐ Süßgetränke |
| ☐ Kuhmilch | ☐ Gemüse | ☐ Bier (___Gläser) |
| ☐ Quark / Joghurt | ☐ Obst | ☐ 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: <u>Periode:</u> ☐ (noch) nicht ☐ nicht mehr (seit wann) ☐ regelmäßig ☐ unregelmäßig ☐ gering ☐ (sehr) stark ☐ schmerzhaft <u>Verhütungsmethode(n):</u> ☐ Pille/ NuvaRing/ Kondome/ Spirale/ OP ...	<u>Schwangerschaften:</u> ☐ Aktuell schwanger? ☐ Anzahl Schwangerschaften ____ ☐ Anzahl Geburten ____ ☐ Unerfüllter Kinderwunsch? <u>Hormonelle Dysregulation:</u> ☐ 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 <u>ersten 5 Lebensjahren</u> 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