

FRAGEBOGEN

Liebe Klientin/lieber Klient!

Ich möchte Sie bitten den vorliegenden Fragebogen auszufüllen. Selbstverständlich behandeln wir Ihre Antworten vertraulich. Sie unterliegen der Schweigepflicht und dienen ausschließlich der Betreuung in unserem Coachingstudio. Das Ausfüllen ist freiwillig, aber je mehr ich über Sie erfahre, desto besser kann ich mich auf Ihren Besuch vorbereiten und Sie gesundheitlich unterstützen. Bitte lassen Sie mir den Fragebogen frühzeitig zukommen. Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!

Name: Vorname: Geb-Datum:
Strasse + Hausnr.: Postleitzahl: Ort:
E-Mail: Tel. Festnetz: mobil:
Krankenkasse: Größe: Gewicht:
Hausarzt:

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

- Überweisung durch: auf Empfehlung von:
 Internet über: Bewertungsportale Praxishomepage Sonstiges:

Welches Anliegen führt Sie zu mir?

Erkrankungen der Familie:	Mutter	Vater	Geschwister
Bluthochdruck	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Diabetes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Herzinfarkt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schlaganfall	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Krebserkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Welche ? :			
Neurodermitis/ Allergie/ Asthma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Depression/ Nervenleiden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

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="radio"/> Bluthochdruck | seit: | <input type="radio"/> Schilddrüsenerkrankung | seit: |
| <input type="radio"/> Herzinfarkt | | <input type="radio"/> Nierenerkrankung | seit: |
| <input type="radio"/> Koronare Herzkrankheit | | <input type="radio"/> Chron. Darmerkrankung | seit: |
| <input type="radio"/> Schlaganfall | | <input type="radio"/> Lebererkrankung | seit: |
| <input type="radio"/> Herzrhythmusstörungen | seit: | <input type="radio"/> Rheuma | seit: |
| <input type="radio"/> Thrombose | | <input type="radio"/> Hörsturz/ Tinnitus | seit: |
| <input type="radio"/> Lungenembolie | | <input type="radio"/> Depression/ Nervenleiden | seit: |
| <input type="radio"/> Diabetes mellitus | seit: | <input type="radio"/> Neurodermitis | seit: |
| <input type="radio"/> Asthma | seit: | <input type="radio"/> Heuschnupfen | seit: |
| <input type="radio"/> COPD/ Emphysem | seit: | <input type="radio"/> Andere Allergien | seit: |
| <input type="radio"/> Reizdarm | seit: | Der letzte Allergietest war im | Jahr: |
| <input type="radio"/> 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?

- auffällig waren schon mal die:
- Leberwerte Nierenwerte Blutzuckerwerte Cholesterin
 Entzündungswerte Eisenmangel Blutarmut Schilddrüsenwerte
- Kennen Sie Ihre Blutgruppe? A B AB 0 noch nie oder

Leiden Sie oder litten Sie früher schon einmal an folgenden Beschwerden?

	(fast) nie	ab und zu	häufig	(fast) immer	derzeit
Husten	<input type="radio"/>				
Auswurf	<input type="radio"/>				
Schleimgefühl im Hals oder Rachen	<input type="radio"/>				
Verstopfte Nase/ Naselaufen/ Niesen	<input type="radio"/>				
Luftnot bei Anstrengung	<input type="radio"/>				
Luftnot in körperlicher Ruhe	<input type="radio"/>				
Engegefühl/Beklemmung der Brust	<input type="radio"/>				
Einschlafstörung	<input type="radio"/>				
Durchschlafstörung	<input type="radio"/>				
Schnarchen	<input type="radio"/>				
Nächtliche Atemauffälligkeiten/ -pausen	<input type="radio"/>				
Verstopfte Nase in der Nacht	<input type="radio"/>				
Nächtliches Wasserlassen	<input type="radio"/>				
Nächtliches Zähneknirschen	<input type="radio"/>				
Morgendliche Unausgeschlafenheit	<input type="radio"/>				
Müdigkeit am Tage	<input type="radio"/>				
Rasche Erschöpfung bei Anstrengung	<input type="radio"/>				
Konzentrationsstörung	<input type="radio"/>				
Gedächtnisstörung	<input type="radio"/>				
Schwindel	<input type="radio"/>				
Heißhungerattacken	<input type="radio"/>				
Appetitlosigkeit	<input type="radio"/>				
Mundgeruch	<input type="radio"/>				
Rückenschmerzen: Halswirbelsäule	<input type="radio"/>				
Rückenschmerzen: Lendenwirbelsäule	<input type="radio"/>				
Hüftprobleme/ -schmerzen	<input type="radio"/>				
Knieprobleme/ -schmerzen	<input type="radio"/>				
Sonstige Gelenkbeschwerden	<input type="radio"/>				

Wie viel Liter trinken Sie durchschnittlich pro Tag (alle Getränke zusammengerechnet)?

Liter.....

Gibt es Nahrungsmittel, die Ihnen (egal wie) nicht gut bekommen?

	(fast) nie	ab und zu	häufig	(fast) immer	derzeit
Muskel- oder Wadenkrämpfe	<input type="radio"/>				
Muskelschwäche	<input type="radio"/>				
Antriebslosigkeit/ Lustlosigkeit	<input type="radio"/>				
Traurigkeit/ Depressivität	<input type="radio"/>				
Ängste	<input type="radio"/>				
Vermehrtes Schwitzen tagsüber	<input type="radio"/>				
Vermehrtes Schwitzen nächtlich	<input type="radio"/>				
Kopfschmerzen	<input type="radio"/>				
Haarausfall	<input type="radio"/>				
Hautprobleme (Jucken, Rötung, Akne...)	<input type="radio"/>				
Gehäuftes Wasserlassen	<input type="radio"/>				
Augentrockenheit	<input type="radio"/>				
Mundtrockenheit	<input type="radio"/>				
Wassereinlagerungen (Hände? Füße?)	<input type="radio"/>				

Infektanfälligkeit

Grippe/ Erkältung u. ä.: in den letzten 5 Jahren durchschnittlichmal pro Jahr

Blasenentzündungen: in den letzten 5 Jahren durchschnittlichmal pro Jahr

Antibiotikabehandlungen: (egal ob bei Erkältung, Blasenentzündung, Zahnproblemen, Operationen...)

In Ihren ersten (l) 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="radio"/>				
Bauchschmerzen/-krämpfe	<input type="radio"/>				
Völlegefühle	<input type="radio"/>				
Übelkeit	<input type="radio"/>				
Erbrechen	<input type="radio"/>				
Sodbrennen	<input type="radio"/>				
Saures Aufstoßen	<input type="radio"/>				
Vermehrtes Aufstoßen (nicht sauer)	<input type="radio"/>				

Rauchgewohnheiten:

Ich bin Nichtraucher immer schon seitJahren

Ich rauche durchschnittlich etwaZigaretten pro Tag früher rauchte ichZigaretten 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:

Wie beurteilen Sie ihren Fitnesszustand? (1= sehr gut, 10 = sehr schlecht)

Tragen Sie aktuell noch Amalgamfüllungen?

ja, ich habe 1 - 2 3 - 5 6 - 8 oder mehr Amalgamfüllungen nein oder:

Hatten Sie früher Amalgamfüllungen, die inzwischen entfernt wurden?

ja, ich habe 1 - 2 3 - 5 6 - 8 oder mehr Amalgamfüllungen nein oder:

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

Wurden Ihre Weisheitszähne entfernt ? nein ja

Wie oft essen/trinken Sie durchschnittlich folgende Nahrungsmittel?

	(fast) nie	ab und zu	mehrfach pro Wo.	einmal täglich	mehrfach täglich
Milch	<input type="radio"/>				
Quark	<input type="radio"/>				
Joghurt	<input type="radio"/>				
Käse	<input type="radio"/>				
Eier	<input type="radio"/>				
Brot/ Brötchen	<input type="radio"/>				
Müsli	<input type="radio"/>				
Nudeln	<input type="radio"/>				
Kuchen	<input type="radio"/>				
Süßigkeiten	<input type="radio"/>				
Fleisch	<input type="radio"/>				
Fisch	<input type="radio"/>				
Wurst	<input type="radio"/>				
Gemüse	<input type="radio"/>				
Obst	<input type="radio"/>				
Kaffee	<input type="radio"/>				
Tee	<input type="radio"/>				
Wasser mit / ohne Kohlensäure	<input type="radio"/>				
Fruchtsäfte	<input type="radio"/>				
Coca Cola	<input type="radio"/>				
Süßgetränke	<input type="radio"/>				
Bier (Gläser)	<input type="radio"/>				
Wein (Gläser)	<input type="radio"/>				