

**Gesundheitsfragebogen**

Name:	Vorname:		
Strasse:	PLZ/Wohnort:		
Telefon:	Mobiltelefon:		
Beruf:	E-mail:		
Geburtsdatum:	Größe und Gewicht:		
Familienstand <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> in Beziehung <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet	Kinder: (Geschlecht und Alter)	Schwanger	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Krankenversicherung <input type="checkbox"/> gesetzlich <input type="checkbox"/> privat bei:	Heilpraktiker-Zusatzversicherung? bei:		
Wie haben Sie mich gefunden? <input type="checkbox"/> Empfehlung von _____ <input type="checkbox"/> Google <input type="checkbox"/> Google Maps <input type="checkbox"/> Instagram <input type="checkbox"/> sonstiges: _____	<b>Gab es bereits eine Psychotherapie?</b> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wann/seit? _____ für wie lange? _____		

<b>Erfahrung mit Entspannung und Körpertherapie?</b> <input type="checkbox"/> Yoga <input type="checkbox"/> Physiotherapie <input type="checkbox"/> Meditation <input type="checkbox"/> Osteopathie <input type="checkbox"/> Massage <input type="checkbox"/> Sonstiges:	<b>Stresslevel aktuell?</b> 0= entspannt; 10= extrem gestresst  ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- -----  0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 seit wann?  Welchen Grund könnte es hierfür geben?
--	--

Hauptbeschwerden und seit wann bestehen diese?	bemerkt/ störend seit Monat/Jahr	Intensität/ Schmerz 10= max.	Wichtigkeit 10= max.

**Was war vor dem ersten Auftreten der jetzigen Hauptbeschwerden?**

- Erkrankung     
  Trauer/Kummer     
  Schreck/Schock     
  Operation(en)     
  Unfall  
 anderes: \_\_\_\_\_

**Bitte Medikamente, Nahrungsmittelergänzung etc. auflisten, die regelmäßig eingenommen werden**

	Wie oft? z.B. 3x tägl.	Dosierung? z.B. 200 mg	Seit wann?

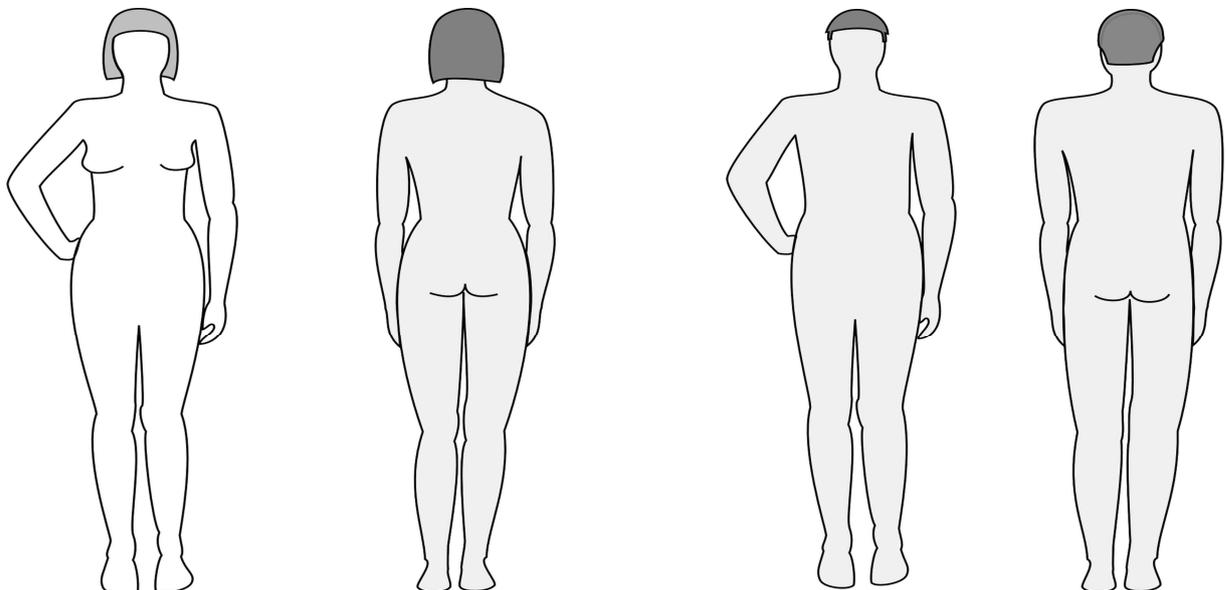
**Gab es Operationen, Krankenhausaufenthalte, Stürze, Unfälle bisher?** **Wann/Dauer?**


**Gibt es Fremdmaterial im Körper? (Schrauben, Herzschrittmacher, Stents, Gelenkprothesen...)**

**Gibt es NARBEN am Körper? Wenn ja wo? Bitte einzeichnen**

- Taubheit  
  Mißempfinden  
  Kribbeln  
  Jucken  
  Spannung  
  Schmerz

anderes: \_\_\_\_\_



Aktuell in Behandlung bei Physio-/Psychotherapie/Arzt/HP wegen:	seit

Aktuell Infektion oder Erkältung?	Wie häufig pro Jahr Erkältungen?
<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, seit wann?:	<input type="checkbox"/> 1-3x <input type="checkbox"/> häufiger
äußert sich mit folgenden Symptomen:	

**Wurden Krankheiten mit Antibiotika behandelt?**

nein                                       ja – Wie oft in welchem Zeitraum?

**Wurden bisher chronische Krankheiten diagnostiziert? Welche?**

Krankheiten Familie				
Erkrankung	Mutter	Vater	Großeltern	zusätzliche Informationen
Bluthochdruck				
Niedriger Blutdruck				
Herzerkrankungen				
Lungenerkrankungen				
Schlaganfall				
Migräne				
Pfeiffersches Drüsenfieber (Epstein-Barr-Virus)				
Gallensteine				
Krebs (welcher?)				
Diabetes I				
Diabetes II (Alters-Diabetes)				
Allergien				
Alkoholismus				
Depressionen				
Andere psychische Erkrankungen (welche?)				
Sonstiges				

**Kopfschmerzen**

häufig       selten       nie                                       morgens       abends  
 zyklisch in Abständen von \_\_\_\_\_       halbseitig       (mehr) links       (mehr) rechts  
 Stirn-Augen-Schläfenregion                                       beidseitig       Seiten im Wechsel  
 Hinterkopfregion  
 mögliche(r) Auslöser:

### Augen

- Beschwerden: \_\_\_\_\_  
 Brille seit: \_\_\_\_\_

### Zähne/Kiefer

- Zahn-Operationen/Extraktionen     Wurzelbehandelte Zähne    Zahnfüllmaterialien:  
 Empfindliche Zähne auf  heiß     kalt     Amalgam  
 Gold  
Wurden Amalgamfüllungen entfernt?     Titan  
 ja, ohne Ausleitung     ja, mit Ausleitung     nein     Kunststoff  
 Keramik  
Beißschiene?  nein     ja, seit \_\_\_\_\_ in Verwendung     Zirkon

### Nase

- Operation(en): \_\_\_\_\_  
 behinderte Nasenatmung/Nase verstopft     häufig Nasennebenhöhlenentzündung

### Mandeln/Hals

- Operation     häufig Mandelentzündungen →  als Kind     heute

### Ohren

- Schmerzen links / rechts / beidseitig     schwerhörig     Ohrengeräusche     Ohrendruck

### Schilddrüse/Vegetativum

- Überfunktion     Unterfunktion     Vergrößerung     Operation     Knoten

Schwitzen Sie leicht?  nein  ja

Frieren Sie schnell?  nein  ja  
 kalte Hände     kalte Füße

### Menstruation/Urogential/Blase

- regelmäßig (alle 28-30 Tage)    Blutung    Zyste/n  
 unregelmäßig, Abstände: \_\_\_\_\_     stark     schwach     einseitig     beidseitig  
 Mittelschmerz (Eisprung spürbar)     klumpig  
 Krämpfe/Schmerzen    0= keine; 10= extreme    Zwischen-/Schmierblutungen  
|-----|-----|     vor     nach regulärer Blutung     mittig im Zyklus  
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10     keine Blutung mehr seit \_\_\_\_\_  
Blasenentzündung  1-2x/Jahr     häufiger: \_\_\_\_\_     fehlende Libido/Lust auf Sex

### Prostata

- Schmerzen beim Urinieren oder im Unterleib     fehlende Libido/Lust oder Erektionsproblem  
 keine vollständige Blasenentleerung/häufiger Harndrang

### Verdauung/Stuhlgang

- Stuhlgang    Konsistenz/Aussehen Stuhl  
 täglich \_\_\_\_\_ mal     weich     flüssig     schaumig     klumpig     hart  
 alle \_\_\_\_\_ Tage \_\_\_\_\_ mal     klebrig     Essensrückstände sichtbar  
 Schmerzen beim Stuhlgang     schwarz     weiß/hell     blutig/Blut aufgelagert  
 Aufgeblähtsein     oft Luft lassen nach dem Essen  
Unverträglichkeiten?: \_\_\_\_\_

### Arbeit/Beschäftigung

nicht berufstätig     \_\_\_\_\_ Std/Woche

Arbeitszeiten: \_\_\_\_\_

(Mehrfachauswahl möglich!)     angestellt     selbständig     Hausfrau/-mann  
 Schichtarbeit, seit \_\_\_\_\_

**Schlaf**

keine Probleme

Beschwerden: \_\_\_\_\_

Ein-/  Durchschlafschwierigkeiten, seit \_\_\_\_\_  Erwachen in der Nacht

Schwierigkeiten morgens richtig wach zu werden

Uhrzeit Schlafengehen: \_\_\_\_\_ ca. Std Schlaf nachts: \_\_\_\_\_

Morgens fühle ich mich müde/nicht erholt: |-----|-----|  
0= keine Müdigkeit; 10= extrem müde                      0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

seit wann? \_\_\_\_\_

möglicher Grund?: \_\_\_\_\_

Müdigkeit hält tagsüber an

Tagsüber werde ich gegen \_\_\_\_\_ Uhr besonders müde

**Schlafplatz** bzw. in der Nähe

Radiowecker

eingebauter elektrischer Motor

Wasserbett

schnurlose Telefone / WLAN

elektrische Geräte im Standby-Modus (Fernseher...?)

**Vegetativum/Autonomes Nervensystem/Psyche allgemein**

0= trifft gar nicht zu; 10= trifft vollkommen zu

Ich kenne Herzrasen/schneller Herzschlag ohne ersichtlichen Grund (Sport...)  
|-----|-----|  
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Ich kenne starkes Herzklopfen ohne ersichtlichen Grund (Sport...)  
|-----|-----|  
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Ich weine hemmunglos oder fühle mich völlig überwältigt.  
|-----|-----|  
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Ich fühle mich gereizt oder wütend.  
|-----|-----|  
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Ich fühle mich „auf der Hut“ oder nehme die Körpersprache oder die Stimmen von anderen übertrieben aufmerksam wahr.  
|-----|-----|  
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Ich fühle mich rastlos oder zittrig.  
|-----|-----|  
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Ich spüre muskuläre (Ver-)Spannung in Armen und Beinen.  
|-----|-----|  
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Es fällt mir schwer, mich zu konzentrieren.  
|-----|-----|  
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Ich habe das Gefühl nicht genug Sauerstoff aufnehmen zu können, wenn ich atme.  
|-----|-----|  
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Ich fühle mich emotional dumpf oder taub.  
|-----|-----|  
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Ich schäme mich oder fühle mich wertlos.  
|-----|-----|  
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Ich fühle mich benommen oder benebelt.  
|-----|-----|  
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Es fällt mir schwer mich an Dinge zu erinnern.  
|-----|-----|  
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Manchmal fällt es mir schwer zu sprechen.  
|-----|-----|  
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Manchmal „gehe ich weg“.  
|-----|-----|  
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Ich fühle mich müde oder lethargisch.  
|-----|-----|  
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

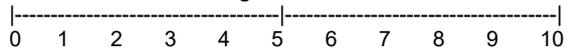
Ich habe kalte Hände/Füßen oder Frösteligkeit.  
|-----|-----|  
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Ich frage mich wann mein Leben endlich richtig los geht  
|-----|-----|  
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

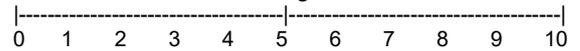
Ich kenne Existenzängste  
|-----|-----|  
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Ich empfinde meine Arbeit als belastend  
|-----|-----|  
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

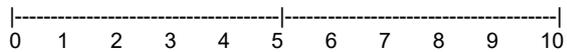
Ich habe das Gefühl, gebraucht zu werden



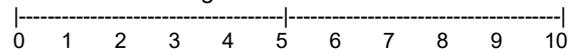
Ich fühle mich dem Leben gewachsen



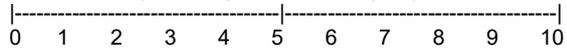
Ich kann meine Ziele erreichen



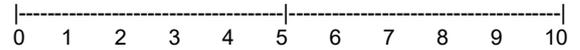
Ich kann NEIN sagen



Ich treibe regelmäßig Sport/Bewegung

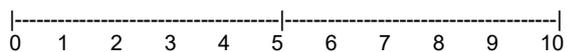


Ich habe Freunde/Vertraute



Belastbarkeit und Leistungsfähigkeit im Moment?

0= überhaupt nicht ; 10= 100%



**Gab/Gibt es Ereignisse in Ihrem Leben, die Sie als besonders schwerwiegend/eingreifend empfinden?**

Bitte nur kurze Stichpunkte.

**Was wäre Ihr größter Wunsch bzw. was würden Sie mit Ihrem Leben machen, wenn Sie beschwerdefrei wären?**

**Was erwarten Sie von meiner Behandlung bzw. was gibt es noch zu sagen?**

Ich versichere meine Angaben wahrheitsgemäß und nach bestem Wissen und Gewissen gemacht und keine wichtigen, einer Genesung eventuell hinderlichen Informationen verschwiegen zu haben.

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

\_\_\_\_\_  
Datum