



## Ganzheitlicher Gesundheitsfragebogen

Liebe(r) Patient(in),

sowohl für eine symptom- als auch ursachenbezogene Behandlung, benötigen wir umfassende Kenntnisse über Sie. Bitte beantworten Sie daher alle gestellten Fragen durch ankreuzen oder mit eigenen Worten. Lassen Sie uns den Fragebogen bitte frühzeitig zukommen.

|          |         |  |         |
|----------|---------|--|---------|
| Vorname  |         | Name   |         |
| Straße   |         |  | Nr.     |
| PLZ      | Wohnort |  |         |
| Festnetz |         | Geburtstag   |         |
| Mobil    |         | Geburtsort   |         |
| E-Mail   |         | Körpergröße  | Gewicht |
| Beruf    |         | Krankenkasse: gesetzlich - privat - zusatzversichert<br>(bitte geben Sie das zutreffende an) |         |

### I. **Beschwerden:**

**a. Unter welchen Beschwerden leiden Sie und seit wann?** (Ordnen Sie die Beschwerden nach Ihrer Wichtigkeit.) Nennen Sie bitte die schlimmsten Beschwerden.

1. \_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_

**b. Wann treten die Schmerzen auf?** (Mehrere Antworten möglich)

Ruheschmerz     Belastungsschmerz     Schmerzattacken     Dauerschmerz

### c. Schmerzstärke

Wie stark sind Ihre Schmerzen durchschnittlich?

|              |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |
|--------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------|
| Kein Schmerz | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Maximal vorstellbarer Schmerz |
|              | 0                        | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |                               |

### d. Bisheriger Behandler für die Beschwerden:

Hausarzt (Name, Adresse): \_\_\_\_\_

## II. Krankengeschichte

a. **Unfälle:** Wann/wodurch/Folgen? (z.B. Autounfall, Fahrradunfall, Stürze; Sportunfälle, sonstige Verletzungen)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

b. **Stürze:** Kopf oder Steißbein? (wann/wodurch?) \_\_\_\_\_

c. **Einlagen** Tragen Sie Einlagen? Weshalb? \_\_\_\_\_

d. **Schleudertrauma?** (wann/wodurch?) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

e. **Operationen:** Wann/was?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

f. **Sonstige Narben am Körper:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## III. Kopf

a. **Leiden Sie unter Kopfschmerzen/Migräne?**

|   |                                 |   |                                   |
|---|---------------------------------|---|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> häufig                         | <input type="checkbox"/> selten | <input type="checkbox"/> nie            | Auslöser der Kopfschmerzen: ..... |
| <input type="checkbox"/> Stirn- Augen- Schläfenregion   |                                 |   |                                   |
| <input type="checkbox"/> Hinterhauptregion              |                                 |   |                                   |
| <input type="checkbox"/> morgens                        | <input type="checkbox"/> abends | <input type="checkbox"/> nach dem Essen | Was verbessert: .....             |
| <input type="checkbox"/> halbseitig                     | <input type="checkbox"/> links  | <input type="checkbox"/> rechts         |                                   |
| <input type="checkbox"/> doppelseitig                   |                                 |   |                                   |
| <input type="checkbox"/> wandernd von links nach rechts |                                 |   | Was verschlechtert: .....         |
| <input type="checkbox"/> wandernd von rechts nach links |                                 |   |                                   |

**b. Zahn- bzw. Kieferbehandlungen, Zahnentzündungen, Kieferprobleme?**

Klammer/Knirsch Schiene? \_\_\_\_\_ Seit wann? \_\_\_\_\_ Wie lange? \_\_\_\_\_

- Beschwerden bei der Zahnung
- Erschwerter Durchbruch der Weisheitszähne
- Kunststoff
- Wurzelbehandelte Zähne
- Tote Zähne
- Empfindliche Zähne auf:  heiß  kalt

- Zahnfüllmaterialien:
- Amalgam  Gold  Titan
  - Keramik  Palladium  Implantate

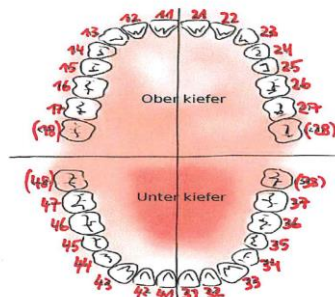
- Kiefergelenke:
- Schmerzen
  - Geräusche beim Kauen
  - Blockade
  - Zähneknirschen

Wurden bei Ihnen Amalgamfüllungen entfernt?  
 ja  nein  
 Wenn ja, durch wen: \_\_\_\_\_

Bitte markieren Sie behandelte und erkrankte Zähne oder Zahnfleisch.

Ihre rechte Seite

Ihre linke Seite



**IV. Sonstiges**

**a. Regelmäßige Arzneimitteleinnahme** (z.B. Marcumar, ASS, Heparin/Enoxaparin-Natrium, Betablocker, Schmerzmittel, Blutdruckmittel, Schilddrüsenhormone, Ovulationshemmer.....):

---



---

**b. Sonstige Medikamenteneinnahme**/Nahrungsergänzungsmittel/Vitamine (Was/wofür):

---



---

**c. Weitere Behandler**, parallele Behandlungen (Internist, Zahnarzt, Orthopäde etc.):

---

**d. Bisherige Befunde**

**e. Bisherige diagnostische Bilder?** (Röntgenbild, CT, MRT, Szintigrafie)

---



---

**V. Mögliche Risikofaktoren, Ernährung und Lebensstil**

**a. Treiben Sie regelmäßig Sport?**  ja  nein wie oft \_\_\_\_\_

**b. Was trinken Sie?**

- Wasser ohne Kohlensäure  Wasser mit Kohlensäure  Fruchtsäfte  Softdrinks  Kaffee  Tee  Milch
- Bier  Wein  Cola

**c. Wieviel trinken Sie täglich insgesamt?**  < 500ml  < 1 Liter  ca. 1-2 Liter  > 2

**d. Leben Sie nach bestimmten Ernährungsrichtlinien?** (vegan, vegetarisch, sonstige)

ja  nein wenn ja welche: \_\_\_\_\_

**e. Ernähren Sie sich vorwiegend biologisch?**

ja  nein

**f. Was haben Sie gestern gegessen?**

Frühstück: .....  
Zwischendurch: .....  
Mittagessen: .....  
Zwischendurch: .....  
Abendessen: .....  
Vor dem Schlafen: .....

**g. Stuhlgang**

Leiden sie unter Kopfschmerzen oder Migräne, besonders nach dem Essen? (s. Frage IV a)  ja  nein

Kommt es bei Ihnen regelmäßig zur Gasbildung im Darm, was sich als Blähungen, Völlegefühl oder Windabgang bemerkbar macht?  ja  nein

Reagieren Sie auf Nahrungsmittel mit Übelkeit, Blähungen, Kopfschmerzen...?  ja  nein

Welche sind das: .....  ja  nein

Wurde bei Ihnen ein Pilzbefall im Darm festgestellt?  ja  nein

Leiden sie unter Allergien?  ja  nein

Haben Sie Gelenkschmerzen oder wurde bei Ihnen Rheuma festgestellt?  ja  nein

Leiden Sie an Autoimmunerkrankungen, zum Beispiel an Morbus Hashimoto oder Diabetes?  ja  nein

Sind Sie öfter als drei- bis viermal im Jahr erkältet?  ja  nein

Leiden Sie unter Herz-Kreislauf-Beschwerden, zum Beispiel erhöhter Puls nach dem Essen, Blutdruckabfall oder hoher Blutdruck?  ja  nein

Leiden Sie an einer chronischen Darmerkrankung wie Colitis ulcerosa oder Morbus Crohn?  ja  nein

Leiden Sie an Verstopfung?  ja  nein

Ist Ihr Stuhl wechselhaft?  ja  nein

Wie oft haben Sie Stuhlgang am Tag/Woche? \_\_\_\_\_

Was erwarten Sie von meiner Behandlung?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ich versichere alle Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben:

\_\_\_\_\_  
(Ort/Datum)

\_\_\_\_\_  
Unterschrift