

Ganzheitlicher Gesundheitsfragebogen

Naturheilpraxis Marion Lindenmayer

Liebe Patientin, lieber Patient! Je mehr ich über Sie erfahre, desto besser kann ich mich auf Ihren Besuch vorbereiten und Sie gesundheitlich unterstützen. In diesem Sinne bitte ich Sie, den Bogen auszufüllen und ihn mir frühzeitig zukommen zu lassen. Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!

Persönliche Angaben

Name

Vorname

Geburtsdatum

Straße und Hausnummer

Postleitzahl

Ort

E-Mail

Telefon Festnetz

Mobil

Krankenkasse

Größe

Gewicht

Hausarzt / Hausärztin

Ihr Anliegen

Welches Anliegen führt Sie zu mir?

Erkrankungen der Familie

Welche Erkrankungen gibt es in der Familie?

	Mutter	Vater	Geschwister
Bluthochdruck	☐	☐	☐
Diabetes	☐	☐	☐
Herzinfarkt	☐	☐	☐
Schlaganfall	☐	☐	☐
Krebserkrankung	☐	☐	☐
Neurodermitis / Allergie / Asthma	☐	☐	☐
Depression / Nervenleiden	☐	☐	☐

Falls Krebserkrankung: welche?

Andere wichtige Erkrankungen in der Familie

	Ja	Nein
Mutter verstorben?	☐	☐
Falls ja: wann, in welchem Alter, woran?		
Vater verstorben?	☐	☐
Falls ja: wann, in welchem Alter, woran?		

Eigene Erkrankungen

Bitte Zutreffendes ankreuzen und bei Bedarf „seit ...“ ergänzen.

☐ Bluthochdruck	☐ Asthma	☐ Rheuma
☐ Herzinfarkt	☐ COPD / Emphysem	☐ Hörsturz / Tinnitus
☐ Koronare Herzkrankheit	☐ Reizdarm	☐ Depression / Nervenleiden
☐ Schlaganfall	☐ Krebserkrankung	☐ Neurodermitis
☐ Herzrhythmusstörungen	☐ Schilddrüsenerkrankung	☐ Heuschnupfen
☐ Thrombose	☐ Nierenerkrankung	☐ Andere Allergien
☐ Lungenembolie	☐ Chron. Darmerkrankung	
☐ Diabetes mellitus	☐ Lebererkrankung	

Der letzte Allergietest war im Jahr

Wenn ja: welche Allergien?

Welche Erkrankungen gibt oder gab es bei Ihnen noch — und (seit) wann?

Gibt es bedeutsame Operationen, Unfälle oder Verletzungen, insbesondere der Halswirbelsäule?

Laborwerte

	Ja	Nein	
Noch nie auffällig?	☐	☐	
Auffällig war schon einmal:			
☐ Leberwert	☐ Blutzuckerwert	☐ Cholesterin	☐ Eisenmangel
☐ Nierenwert	☐ Schilddrüsenwert	☐ Entzündungswert	☐ Blutarmut

Beschwerden: Atemwege & Schlaf

Bitte Häufigkeit wählen

	(fast) nie	ab & zu	häufig	(fast) immer	derzeit
Husten	☐	☐	☐	☐	☐
Auswurf	☐	☐	☐	☐	☐
Schleimgefühl im Hals oder Rachen	☐	☐	☐	☐	☐
Verstopfte Nase / Naselaufen / Niesen	☐	☐	☐	☐	☐
Luftnot bei Anstrengung	☐	☐	☐	☐	☐
Luftnot in körperlicher Ruhe	☐	☐	☐	☐	☐
Engegefühl / Beklemmung der Brust	☐	☐	☐	☐	☐
Einschlafstörung	☐	☐	☐	☐	☐

	(fast) nie	ab & zu	häufig	(fast) immer	derzeit
Durchschlafstörung	☐	☐	☐	☐	☐
Schnarchen	☐	☐	☐	☐	☐
Nächtliche Atemauffälligkeiten / -pausen	☐	☐	☐	☐	☐

Beschwerden: Energie & Kopf

Bitte Häufigkeit wählen

	(fast) nie	ab & zu	häufig	(fast) immer	derzeit
Nächtliches Wasserlassen	☐	☐	☐	☐	☐
Nächtliches Zähneknirschen	☐	☐	☐	☐	☐
Morgendliche Unausgeschlafenheit	☐	☐	☐	☐	☐
Müdigkeit am Tage	☐	☐	☐	☐	☐
Rasche Erschöpfung bei Anstrengung	☐	☐	☐	☐	☐
Konzentrationsstörung	☐	☐	☐	☐	☐
Gedächtnisstörung	☐	☐	☐	☐	☐
Schwindel	☐	☐	☐	☐	☐
Heißhungerattacken	☐	☐	☐	☐	☐
Appetitlosigkeit	☐	☐	☐	☐	☐
Mundgeruch	☐	☐	☐	☐	☐
Kopfschmerzen	☐	☐	☐	☐	☐

Beschwerden: Körper & Befinden

Bitte Häufigkeit wählen

	(fast) nie	ab & zu	häufig	(fast) immer	derzeit
Rückenschmerzen: Halswirbelsäule	☐	☐	☐	☐	☐
Rückenschmerzen: Lendenwirbelsäule	☐	☐	☐	☐	☐
Hüftprobleme / -schmerzen	☐	☐	☐	☐	☐
Knieprobleme / -schmerzen	☐	☐	☐	☐	☐
Sonstige Gelenkbeschwerden	☐	☐	☐	☐	☐
Muskel- oder Wadenkrämpfe	☐	☐	☐	☐	☐
Muskelschwäche	☐	☐	☐	☐	☐
Antriebslosigkeit / Lustlosigkeit	☐	☐	☐	☐	☐
Traurigkeit / Depressivität	☐	☐	☐	☐	☐
Ängste	☐	☐	☐	☐	☐
Vermehrtes Schwitzen tagsüber	☐	☐	☐	☐	☐
Vermehrtes Schwitzen nachts	☐	☐	☐	☐	☐
Haarausfall	☐	☐	☐	☐	☐
Hautprobleme (Jucken, Rötung, Akne, ...)	☐	☐	☐	☐	☐
Gehäuftes Wasserlassen	☐	☐	☐	☐	☐
Augentrockenheit	☐	☐	☐	☐	☐
Mundtrockenheit	☐	☐	☐	☐	☐
Wassereinlagerungen (Hände? Füße?)	☐	☐	☐	☐	☐

Infekte

Grippe / Erkältung o. Ä.: in den letzten 5 Jahren durchschnittlich _____ mal pro Jahr

Blasenentzündungen: in den letzten 5 Jahren durchschnittlich _____ mal pro Jahr

Antibiotikabehandlungen in Ihren ersten 5 Lebensjahren insgesamt (egal ob Erkältung, Blase, Zähne, Operationen ...)

Antibiotikabehandlungen in den letzten 10 Jahren insgesamt

Wie ist Ihr Impfstatus?

☐ nach STIKO-Empfehlung vollständig

☐ nicht geimpft

☐ teilweise geimpft

☐ unsicher / weiß ich nicht

Anmerkungen zur Impfhistorie (z. B. bestimmte Impfungen, letzte Auffrischung, Reaktionen)?

Verdauung

Wie oft haben Sie Stuhlgang? _____ mal pro Tag

Wenn nicht täglich: _____ mal pro Woche

Konsistenz des Stuhls überwiegend

☐ hart

☐ breiig

☐ wechselnd

☐ normal

☐ Durchfall

Verdauungsbeschwerden

	(fast) nie	ab & zu	häufig	(fast) immer	derzeit
Blähungen	☐	☐	☐	☐	☐
Bauchschmerzen / -krämpfe	☐	☐	☐	☐	☐
Völlegefühle	☐	☐	☐	☐	☐
Übelkeit	☐	☐	☐	☐	☐
Erbrechen	☐	☐	☐	☐	☐
Sodbrennen	☐	☐	☐	☐	☐
Saures Aufstoßen	☐	☐	☐	☐	☐
Vermehrtes Aufstoßen (nicht sauer)	☐	☐	☐	☐	☐

Lebensstil

Rauchgewohnheiten

☐ Ich bin Nichtraucher/in — immer schon

☐ Ich rauche derzeit

☐ Ich bin Nichtraucher/in, habe früher geraucht

Falls früher geraucht: seit _____ Jahren rauchfrei, damals ca. _____ Zigaretten am Tag

Falls Sie rauchen: durchschnittlich _____ Zigaretten pro Tag

Körpergewicht in den letzten 10 Jahren unterm Strich

☐ kaum verändert

☐ abgenommen

☐ zugenommen

Falls verändert: um ca. _____ kg

	Ja	Nein
Treiben Sie regelmäßig Sport?	☐	☐

Falls ja: wie oft pro Woche, wie viele Minuten, welche Sportart(en)? _____

Zähne, Trinken, Unverträglichkeiten

	Ja	Nein
Tragen Sie aktuell Amalgamfüllungen?	☐	☐
Falls ja: wie viele Amalgamfüllungen?		
Hatten Sie früher Amalgamfüllungen, die inzwischen entfernt wurden?	☐	☐
Falls ja: wie viele hatten Sie?		
Haben Sie Implantate?	☐	☐
Falls ja: wie viele Implantate?		
Überkronte Zähne?	☐	☐
Falls ja: wie viele überkronte Zähne?		
Wurzelgefüllte / tote Zähne?	☐	☐
Falls ja: wie viele?		
Wie viel Liter trinken Sie durchschnittlich pro Tag (alle Getränke)?		
Gibt es Nahrungsmittel, die Ihnen (egal wie) nicht gut bekommen?		

Ernährung

Bitte Häufigkeit wählen

	(fast) nie	ab & zu	mehrmals/Woche	1× täglich	mehrmals täglich
Milch	☐	☐	☐	☐	☐
Quark	☐	☐	☐	☐	☐
Joghurt	☐	☐	☐	☐	☐
Käse	☐	☐	☐	☐	☐
Eier	☐	☐	☐	☐	☐
Brot / Brötchen	☐	☐	☐	☐	☐
Müsli	☐	☐	☐	☐	☐
Nudeln	☐	☐	☐	☐	☐
Kuchen	☐	☐	☐	☐	☐
Süßigkeiten	☐	☐	☐	☐	☐
Fleisch	☐	☐	☐	☐	☐
Fisch	☐	☐	☐	☐	☐
Wurst	☐	☐	☐	☐	☐
Gemüse	☐	☐	☐	☐	☐
Obst	☐	☐	☐	☐	☐
Kaffee	☐	☐	☐	☐	☐
Tee	☐	☐	☐	☐	☐
Wasser mit / ohne Kohlensäure	☐	☐	☐	☐	☐
Fruchtsäfte	☐	☐	☐	☐	☐
Coca Cola	☐	☐	☐	☐	☐
Süßgetränke	☐	☐	☐	☐	☐
Bier (Gläser)	☐	☐	☐	☐	☐
Wein (Gläser)	☐	☐	☐	☐	☐

Leben und Erwartungen

Wie wurden Sie geboren?

☐ spontane Geburt

☐ per Kaiserschnitt

☐ weiß ich nicht

Beziehungssituation

☐ allein lebend

☐ geschieden

☐ kinderlos

☐ in fester Partnerschaft

☐ verheiratet

Ich habe _____ Kind/-er

Derzeitige berufliche Tätigkeit

Wochenarbeitszeit in Stunden

Alle aktuellen Medikamente und Nahrungsergänzungsmittel (inkl. Verhütung, Sprays, Schmerz-, Allergie- und Schlaftabletten). Wenn auf der Packung eine Menge steht, bitte angeben, z. B. Ramipril 5 mg.

Medikament	morgens	mittags	abends	zur Nacht	bei Bedarf
------------	---------	---------	--------	-----------	------------

Was erwarten Sie von meiner Behandlung?
