

## Ganzheitlicher Gesundheitsfragebogen

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

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:  Ärztebewertungsportale  Praxishomepage  Sonstiges: .....

### Welches Anliegen führt Sie zu mir?

.....  
 .....

### Erkrankungen der Familie:

	Mutter	Vater	Geschwister
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krebserkrankung (welche?)	<input type="checkbox"/> .....	<input type="checkbox"/> .....	<input type="checkbox"/> .....
Neurodermitis/ Allergie/ Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depression/ Nervenleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Erkrankungen der Familie:

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

- noch nie     
  auffällig waren schon mal die:     
  Leberwerte     
  Nierenwerte  
 oder     
  Cholesterin   
  Entzündungswerte   
  Eisenmangel   
  Blutarmut     
  Schilddrüsenwerte  
 Blutzuckerwert

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

	(fast) nie	ab und zu	häufig	(fast) immer	derzeit
Husten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Auswurf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schleimgefühl im Hals oder Rachen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verstopfte Nase/ Naselaufen/ Niesen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Luftnot bei Anstrengung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Luftnot in körperlicher Ruhe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Engegefühl/Beklemmung der Brust	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einschlafstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durchschlafstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schnarchen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nächtliche Atemauffälligkeiten/ -pausen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nächtliches Wasserlassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nächtliches Zähneknirschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Morgendliche Unausgeschlafenheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Müdigkeit am Tage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rasche Erschöpfung bei Anstrengung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Konzentrationsstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gedächtnisstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwindel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heißhungerattacken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Appetitlosigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mundgeruch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rückenschmerzen: Halswirbelsäule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rückenschmerzen: Lendenwirbelsäule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hüftprobleme/ -schmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Knieprobleme/ -schmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige Gelenkbeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muskel- oder Wadenkrämpfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muskelschwäche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antriebslosigkeit/ Lustlosigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Traurigkeit/ Depressivität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ängste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vermehrtes Schwitzen tagsüber	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vermehrtes Schwitzen nächtlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haarausfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hautprobleme (Jucken, Rötung, Akne...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gehäuftes Wasserlassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Augentrockenheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mundtrockenheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wassereinlagerungen (Hände? Füße?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Infektanfälligkeit

Grippe/ Erkältung u. ä.: in den letzten 5 Jahren ..... mal pro Jahr  
 durchschnittlich Blasenentzündungen: in den letzten 5 ..... mal pro Jahr  
 Jahren durchschnittlich

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

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

## Rauchgewohnheiten:

Ich bin Nichtraucher

immer schon

seit ..... Jahren

Ich rauche durchschnittlich etwa ..... Zigaretten pro Tag

früher rauchte ich ..... Zigaretten 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: .....

## Tragen Sie aktuell noch Amalgamfüllungen?

nein oder:

Ja, ich habe

1-2

3-5

6-8

9 oder mehr Amalgamfüllungen

## Hatten Sie früher Amalgamfüllungen, die inzwischen entfernt wurden?

nein oder:

Ja, ich hatte

1-2

3-5

6-8

9 oder mehr Amalgamfüllungen

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

## Wie oft essen/trinken Sie durchschnittlich folgende Nahrungsmittel?

	(fast) nie	ab und zu	mehrfach pro Wo.	einmal täglich	mehrfach täglich
Milch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quark	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Joghurt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Käse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brot/ Brötchen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Müsli	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nudeln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kuchen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Süßigkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fleisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gemüse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Obst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	(fast) nie	ab und zu	mehrfach pro Wo.	einmal täglich	mehrfach täglich
Kaffee	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tee	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wasser mit / Ohne Kohlensäure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fruchtsäfte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Coca Cola	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Süßgetränke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bier (Gläser)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wein (Gläser)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

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

.....

Wie wurden Sie geboren?  spontane Geburt  per Kaiserschnitt  weiß ich nicht

Beziehungssituation: ich bin  allein lebend  geschieden  verheiratet  
 in fester Partnerschaft  ich habe ..... Kind/-er  ich habe keine Kinder

Derzeitige berufliche Tätigkeit: ..... Wochenarbeitszeit: ..... h

Notieren Sie nun bitte noch **alle (!) Medikamente und Nahrungsergänzungsmittel**, die Sie aktuell einnehmen inklusive verhütender Maßnahmen, Sprays und Bedarfsmedikamente (Schmerz-, Allergie- und Schlaftabletten etc.).

**Zur Medikation: Wenn auf der Packung der Präparate eine Mengenangabe ersichtlich ist, bitte aufführen:  
z. B. Ramipril 5 mg oder L-Thyroxin 75**

Medikament:	morgens	mittags	abends	z. Nacht	nur bei Bedarf
.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....

Was erwarten Sie von meiner Behandlung?

.....

.....

Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!

Naturheilpraxis Petra Wauer  
Niederröder Weg 10  
63150 Heusenstamm

Tel: 09372 - 7063 659  
Mobil: 01578 - 7328 546  
Mail: kontakt@naturheilpraxis-wauer.de

Mit Ihrer Unterschrift akzeptieren Sie die Datenschutzvereinbarungen sowie die AGB. Beides finden Sie auf der Website oder auf Wunsch vor Ort in der Praxis.

\_\_\_\_\_  
Ort / Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift