



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 E-Mail
 Straße Nr. Telefonnummer
 Postleitzahl Ort Krankenkasse
 Geb.-Datum Größe Gewicht Hausarzt

1. Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Praxishomepage Sonstiges:
 auf Empfehlung von:

2. Welches Anliegen führt Sie zu mir?

.....

3. Erkrankungen der Familie:

	Mutter	Vater	Geschwister
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes mellitus	<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"/>
Depressionen / Nervenleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere wichtige Erkrankungen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Mutter verstorben? Nein Ja, Wann? Alter Woran?

Vater verstorben? Nein Ja, Wann? Alter Woran?

4. Welche Erkrankung(en) 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"/> Jahr des letzten Allergietests
<input type="checkbox"/> Reizdarm	seit	<input type="checkbox"/> Andere Allergien	seit
<input type="checkbox"/> Krebserkrankung	Wenn ja, welche?
Wenn ja, welche?		



5. Welche anderen Erkrankungen gibt oder gab es bei Ihnen noch und (seit) wann?

.....
.....

6. Gab es bedeutsame Operationen, Unfälle oder Verletzungen? (Wann, Was?)

.....

7. Gab es bei früheren Laboruntersuchungen einmal Auffälligkeiten?

noch nie

auffällig waren schon mal: Leberwerte Nierenwerte Blutzuckerwerte Cholesterin
 Entzündungswerte Eisenmangel Blutarmut Schilddrüsenwerte

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

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



- FORTSETZUNG -

	(fast) nie	ab und zu	häufig	(fast) immer	derzeit
Kopfschmerzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
Haarausfall	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
Hautprobleme (Jucken, Rötung, Akne...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
Gehäuftes Wasserlassen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
Augentrockenheit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
Mundtrockenheit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
Wassereinlagerungen (Hände, Füße?)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>

9. Nur für Patientinnen auszufüllen

Verhüten Sie hormonell? Nein Ja (Wie?) Zyklus: regelmäßig schmerzvoll
 Anzahl Schwangerschaften unregelmäßig
 Anzahl Geburten, davon natürliche Menopause

10. Infektanfälligkeit

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

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

In Ihren ersten(!) 5 Lebensjahren insgesamt mal
 In den letzten 10 Jahren insgesamt mal pro Jahr

12. 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"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
Bauchschmerzen/-krämpfe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
Völlegefühle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
Übelkeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
Erbrechen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
Sodbrennen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
Saures Aufstoßen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
Vermehrtes Aufstoßen (nicht sauer)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>

13. Rauchgewohnheiten

Ich bin Nichtraucher: immer schon seit Jahren, früher rauchte ich Zigaretten pro Tag
 Ich rauche durchschnittlich etwa Zigaretten pro Tag

14. Veränderung Ihres Körpergewichts

Ich habe in den letzten 10 Jahren unterm Strich:
 mein Gewicht kaum verändert kg abgenommen kg zugenommen

15. Treiben Sie regelmäßig Sport?

Nein Ja mal pro Woche für ca. Minuten. Sportart(en):



16. Tragen Sie aktuell noch Amalgamfüllungen?

Nein Ja, ich habe: 1-2 3-5 6-8 9 oder mehr

17. Hatten Sie früher Amalgamfüllungen, die inzwischen entfernt wurden?

Nein Ja, ich habe: 1-2 3-5 6-8 9 oder mehr

Haben Sie Implantate? Nein Ja, ich habe: 1-2 3-5 6-8 9 oder mehr

Überkronte Zähne? Nein Ja, ich habe: 1-2 3-5 6-8 9 oder mehr

Wurzelgefüllte/ tote Zähne? Nein Ja, ich habe: 1-2 3-5 6-8 9 oder mehr

18. Wie oft essen/trinken Sie durchschnittlich folgende Nahrungsmittel?

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

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

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

.....

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

22. Beziehungssituation: allein lebend verheiratet geschieden in fester Partnerschaft
 ich habe Kinder ich habe keine Kinder

23. Derzeitige berufliche Tätigkeit: Wochenarbeitszeit: h



24. Medikamente und Nahrungsergänzungsmittel

Notieren Sie nun bitte noch alle (!) Medikamente und Nahrungsergänzungsmittel, die Sie aktuell einnehmen inkl. 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
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

25. Was erwarten Sie von meiner Behandlung?

.....

.....

.....

P R A X I S F Ü R
N A T U R H E I L K U N D E

Miriam Höfflin · Heilpraktikerin

Markgrafenstr. 54
79211 Denzlingen
+49 (0) 7666 / 913 11 57

praxis@heilpraktikerin-hoefflin.de
www.heilpraktikerin-hoefflin.de