

FRAGEBOGEN für ERWACHSENE

(ergänzend zum persönlichen Erstgespräch)

VOR- und NACHNAME _____ TITEL: _____

ADRESSE: _____

GEBURTSDATUM: _____ TELEFONNUMMER: _____

E-MAIL: _____ BERUF: _____

VERSICHERUNG: _____ VERS.-NUMMER: _____ WAHLARZTVERSICHERUNG: Ja | Nein

ANZAHL der KINDER: ____ FAMILIENSTAND: ledig | Verheiratet | Lebensgemeinschaft | Geschieden | Verwitwet

AUF MICH AUFMERKSAM GEWORDEN DURCH: _____ HAUSARZT: _____

© Welche Erkrankungen kommen bzw. kamen in Ihrer FAMILIE vor?

Bei VERSTORBENEN Personen geben Sie bitte das STERBEALTER an!

(z.B. Krebs, Alkoholismus, psychische Erkrankung, Depression, Allergie, Epilepsie, Kropf/ Schilddrüsenerkrankung, Herzerkrankung, Bluthochdruck, Zuckerkrankheit, Tuberkulose, Syphilis, Tripper, Lähmung, Asthma, Hauterkrankung, usw.)

Mutter:

Vater:

Geschwister:

Großmutter mütterlicherseits:

Großvater mütterlicherseits:

Großmutter väterlicherseits:

Großvater väterlicherseits:

Tanten/Onkeln mütterlicherseits:

Tanten/Onkeln väterlicherseits:

© **Was sind Ihre HAUPTBESCHWERDEN?**

Bitte beschreiben Sie diese möglichst genau, auch scheinbar Unwesentliches angeben!
Seit wann bestehen die Beschwerden? Gibt es einen Auslöser? Wodurch können sie gelindert werden? Wodurch werden sie verstärkt? Wie beeinflussen sie Ihr Leben?

© **Leiden Sie an WEITEREN ERKRANKUNGEN bzw. WELCHE BESCHWERDEN haben Sie noch?**

Bitte beschreiben Sie die Beschwerden möglichst genau. Gehen Sie Ihren Körper von oben bis unten durch: Kopf, Augen, Ohren, Nase, Hals, Brust, Herz, Lungen, Magen, Bauch, Darm, Stuhl, Nieren, Harnwege, Urin, Geschlechtsorgane, Beine, Füße, Knochen, Gelenke, Haut, usw.

© **Werden Sie durch folgende FAKTOREN BEEINFLUSST?**

D.h. wird eine Beschwerde durch etwas verstärkt, abgeschwächt oder verändert?

Bzw. werden Sie im Allgemeinen durch etwas in positiver oder negativer Hinsicht beeinflusst? Bitte ankreuzen bzw. unten ergänzen.

<input type="radio"/> heißes Wetter	<input type="radio"/> am Meer	<input type="radio"/> im Liegen	<input type="radio"/> enge Kleidung	<input type="radio"/> schnäuzen
<input type="radio"/> kaltes Wetter	<input type="radio"/> Voll-/ Neumond	<input type="radio"/> im Stehen	<input type="radio"/> baden	<input type="radio"/> Gemütsbewegung
<input type="radio"/> Regen	<input type="radio"/> Winter	<input type="radio"/> Berührung/Druck	<input type="radio"/> Musik	<input type="radio"/> lachen
<input type="radio"/> bewölkttes Wetter	<input type="radio"/> Sommer	<input type="radio"/> Bewegung	<input type="radio"/> Lärm	<input type="radio"/> morgens
<input type="radio"/> Wetterwechsel	<input type="radio"/> Wärme	<input type="radio"/> Husten	<input type="radio"/> Gerüche	<input type="radio"/> tagsüber
<input type="radio"/> Gewitter	<input type="radio"/> Kälte	<input type="radio"/> Sexualverkehr	<input type="radio"/> essen/trinken	<input type="radio"/> abends
<input type="radio"/> Sonne	<input type="radio"/> Luftzug	<input type="radio"/> Treppensteigen	<input type="radio"/> nüchtern sein	<input type="radio"/> nachts

⊙ **Welche ERKRANKUNGEN hatten Sie im Laufe Ihres Lebens?**

Bitte ankreuzen bzw. unten ergänzen.

<input type="checkbox"/> Abszess	<input type="checkbox"/> Einnässen /Einkoten	<input type="checkbox"/> Grippe	<input type="checkbox"/> Kropf	<input type="checkbox"/> Polypen
<input type="checkbox"/> Allergie	<input type="checkbox"/> Emphysem	<input type="checkbox"/> Haarausfall	<input type="checkbox"/> Lähmung	<input type="checkbox"/> Rheuma
<input type="checkbox"/> Alkoholmissbrauch	<input type="checkbox"/> Epilepsie	<input type="checkbox"/> Hämorrhoiden	<input type="checkbox"/> Leukämie	<input type="checkbox"/> Scharlach
<input type="checkbox"/> Angina / Halsentzündung	<input type="checkbox"/> Erkältung	<input type="checkbox"/> Hauterkrankung	<input type="checkbox"/> Lungenentzündung	<input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung
<input type="checkbox"/> Asthma	<input type="checkbox"/> Fehlgeburt	<input type="checkbox"/> Hepatitis	<input type="checkbox"/> Lungenfellentzündung	<input type="checkbox"/> Sonnenstich
<input type="checkbox"/> Augendruckerrhöhung	<input type="checkbox"/> Fieberblase	<input type="checkbox"/> Herzerkrankung	<input type="checkbox"/> Lymphknotenschwellung	<input type="checkbox"/> Syphilis
<input type="checkbox"/> Blähungen	<input type="checkbox"/> Gallensteine	<input type="checkbox"/> Heuschnupfen	<input type="checkbox"/> Malaria	<input type="checkbox"/> Tuberkulose
<input type="checkbox"/> Blasenentzündung	<input type="checkbox"/> Gehirnhautentzündung	<input type="checkbox"/> Inkontinenz	<input type="checkbox"/> Masern	<input type="checkbox"/> Tripper
<input type="checkbox"/> Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> Gelenkentzündung	<input type="checkbox"/> Keuchhusten	<input type="checkbox"/> Mumps	<input type="checkbox"/> Verstopfung
<input type="checkbox"/> Borreliose	<input type="checkbox"/> Genitalausfluss	<input type="checkbox"/> Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/> Nasennebenhöhlenentzündung	<input type="checkbox"/> Warzen
<input type="checkbox"/> Bronchitis	<input type="checkbox"/> Genitalherpes	<input type="checkbox"/> Krämpfe	<input type="checkbox"/> Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/> Würmer
<input type="checkbox"/> Depression	<input type="checkbox"/> Genitalwarzen	<input type="checkbox"/> Krätze	<input type="checkbox"/> Nierensteine	<input type="checkbox"/> Zahnbeschwerden
<input type="checkbox"/> Drogenmissbrauch	<input type="checkbox"/> Geschlechtskrankheit	<input type="checkbox"/> Krebs	<input type="checkbox"/> Pfeiffer'sches Drüsenfieber	<input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit
<input type="checkbox"/> Durchfall	<input type="checkbox"/> Gicht	<input type="checkbox"/> Kreuzschmerzen	<input type="checkbox"/> Pilzkrankung	<input type="checkbox"/> Zysten

⊙ **Sind irgendwelche Erkrankungen schwerer verlaufen als gewöhnlich?**

⊙ **Hatten Sie je Nebenwirkungen bei IMPFUNGEN?** Wenn ja, welche?

⊙ **Haben Sie je ungewollt an Gewicht verloren bzw. zugenommen?** Wenn ja, wie viel?

⊙ **Nehmen Sie derzeit MEDIKAMENTE ein?** Bitte auflisten! Gibt es NEBENWIRKUNGEN?

⊙ **Nehmen Sie derzeit oder nahmen Sie in der Vergangenheit HOMÖOPATHISCHE MEDIKAMENTE ein?** Bitte auflisten (soweit bekannt)!

⊙ **Welche OPERATIONEN hatten Sie bisher? Gab es KOMPLIKATIONEN?**

⊙ **Welche ANDEREN THERAPIEFORMEN (außer der Schulmedizin) verfolgen Sie noch?**

⊙ **Wissen Sie etwas über die Schwangerschaft Ihrer Mutter mit Ihnen? Wie war Ihre Geburt?** Gab es Komplikationen oder besondere Vorfälle?

⊙ **NUR FÜR FRAUEN:**

Schwangerschaften: _____ **Geburten:** _____

Alter bei der ersten Menstruation: _____ **Haben Sie einen Ausfluss?** _____

Dauer des Regelzyklus (z.B.: 28 Tage): _____ **Dauer der Regelblutung (z.B. 4 Tage):** _____

Gab oder gibt es BESCHWERDEN VOR, WÄHREND oder NACH der Regelblutung (Schmerzen, Stimmung, usw.)?

⊙ **Welche Nahrungsmittel mögen Sie BESONDERS GERN, gegen welche haben Sie eine ABNEIGUNG bzw. welche VERTRAGEN Sie NICHT?**

Bitte ankreuzen bzw. unten ergänzen.

	SEHR GERN	AB-NEIGUNG	NICHT VER-TRÄGLICH		SEHR GERN	AB-NEIGUNG	NICHT VER-TRÄGLICH		SEHR GERN	AB-NEIGUNG	NICHT VER-TRÄGLICH
Äpfel				Gurken				Rohkost			
Bier				Kaffee				Sauerkraut			
Bananen				Kartoffeln				Schokolade			
Bohnen				Käse				Speck			
Brot				Knoblauch				(Speise)Eis			
Butter				Kohl				Spirituosen			
Eier				Meeresfrüchte				Suppe			
Essig				Milch				Tee			
Fisch				Nudeln				Tomaten			
Fleisch				Obst				Wein			
Gemüse				Orangen				Zwiebel			
Geselchtes				Reis				Salat			
sauer				scharf				süß			
bitter				salzig				fett			
Heißes				Kaltes							

○ _____

⊙ **Welche der folgenden Substanzen KONSUMIEREN Sie?** In welchen MENGEN?

Zigaretten: _____ **Kaffee:** _____ **Alkohol:** _____ **Drogen:** _____

© **Wie würden Sie sich selbst kurz BESCHREIBEN? Wie ist Ihr Wesen?**

Wie würden nahestehende Personen Sie beschreiben? Wie ist meistens Ihr Gemütszustand?

© **Was ist „TYPISCH“ für Sie?**

© **Was sind Ihre STÄRKEN und was Ihre SCHWÄCHEN?**

Was können Sie besonders gut? Was fällt Ihnen schwer? Haben Sie besondere Fähigkeiten, Interessen, Hobbies, usw.?

© **Welche ÄNGSTE und/oder SORGEN haben Sie?**

© **Was sind Ihre THEMEN im LEBEN? Worüber machen Sie sich viele Gedanken?**

© **Was können Sie gar NICHT LEIDEN? Auf was reagieren Sie EMPFINDLICH?**

© **Was ist Ihnen WICHTIG im Leben?**

© **Gibt es etwas, was Sie gerne an sich oder in Ihrem Leben ÄNDERN würden?**

© **Gibt es NOCH ETWAS NENNENSWERTES bzw. EINSCHNEIDENDES aus Ihrem Leben, das unter den bisherigen Punkten nicht dabei war?**