



Ganzheitlicher-Gesundheitsfragebogen

Albena Moeller, Ritter Wulf-Platz 3, 21493 Schwarzenbek, Heilpraktikerin Osteopathie

Liebe Patientin, lieber Patient!

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen genau aus. Umso mehr ich über Sie erfahre, desto besser kann ich Sie unterstützen.

Name _____
Vorname _____
Straße _____
PLZ/Ort _____
E-Mail _____

Geburtstag _____
Tel. privat _____
Krankenkasse _____
Hausarzt _____
Empfehlung durch _____

Welches Anliegen führt Sie zu mir?

.....
.....
.....

Was war unmittelbar vor dem ersten Auftreten der jetzigen Beschwerden?

z.B. eine Erkrankung, Kummer, Trauer, Schreck, Operation, Hautausschläge, Medikamente usw.

.....
.....
.....

Welche Krankheiten sind Ihnen in Ihrer Familie bekannt?

	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"/>

Andere wichtige Erkrankungen:

Mutter verstorben? nein ja Wann?..... Alter?..... Woran?.....

Vater verstorben? nein ja Wann?..... Alter?..... Woran?.....

Haben Sie Allergien?

Pollen

Lebensmittel

Medikamente

Welche Erkrankungen 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"/> Koronate 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"/> Depressionen | 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/ Empyem | seit:..... | <input type="checkbox"/> Krebserkrankung | |
| <input type="checkbox"/> Reizdarm | seit:..... | Wenn ja: welche | |

Welche andere Erkrankungen gibt es oder gab es bei ihnen und (seit) wann?

.....
.....

Welche Operationen oder Verletzungen haben Sie gehabt, insbesondere der Halswirbelsäule (Wann? Was?)

.....
.....
.....

Narben

- ja / wo nein

Gab es bei früheren Laboruntersuchungen einmal Auffälligkeiten?

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

Treiben Sie Sport? ja /

Sportart.....
 nein

Körpergewichtkg

Körpergrößecm

Infektanfälligkeit

Grippe/ Erkältungen: in den letzten 5 Jahren durchschnittlich.....mal pro Jahr
Blasenentzündungen: in den letzten 5 Jahren durchschnittlich.....mal pro Jahr

Antibiotikabehandlungen:

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

In Ihren **ersten Lebensjahren** insgesamt:.....mal

In den **letzten 10 Jahren**:.....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
Blähungen	<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"/>
Völlegefühle	<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"/>
Erbrechen	<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"/>
Sauerer Aufstoßen	<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"/>

Rauchen Sie? Wenn nicht, haben Sie früher geraucht?.....

Wenn ja, wie viele Zigaretten pro Tag?.....

Hat sich Ihr Körpergewicht in den letzten 10 Jahren verändert?

kaumkg abgenommenkg zugenommen

Haben Sie Implantate?

Wie viele?.....

Haben Sie wurzelgefüllte Zähne?.....

Wie oft essen/ trinken Sie durchschnittlich folgende Nahrungsmittel?

	fast nie	ab und zu	mehrfach/Wo.	1xtäglich	mehrmals täglich
Milch	<input type="checkbox"/>				
Quark	<input type="checkbox"/>				
Joghurt	<input type="checkbox"/>				
Käse	<input type="checkbox"/>				
Eier	<input type="checkbox"/>				
<hr/>					
Brot/Brötchen	<input type="checkbox"/>				
Müsli	<input type="checkbox"/>				
Nudeln	<input type="checkbox"/>				
Kuchen	<input type="checkbox"/>				
Süßigkeiten	<input type="checkbox"/>				
<hr/>					
Fleisch	<input type="checkbox"/>				
Fisch	<input type="checkbox"/>				
Wurst	<input type="checkbox"/>				
Gemüse	<input type="checkbox"/>				
Obst	<input type="checkbox"/>				

Trinken

Wie viel trinken Sie pro Tag? Liter

Was trinken Sie?

Leiden Sie oder litten Sie früher schon mal an folgenden Beschwerden?

	fast nie	ab und zu	häufig	(fast) immer	derzeit
Husten	<input type="checkbox"/>				
Auswurf	<input type="checkbox"/>				
Schleimgefühl Hals oder Rache	<input type="checkbox"/>				
Verstopfte Nase/Naselaufen	<input type="checkbox"/>				
Luftnot bei Anstrengung	<input type="checkbox"/>				
Luftnot in körperlicher Ruhe	<input type="checkbox"/>				
Engegefühl/ Beklemmung in der Brust	<input type="checkbox"/>				
Einschlafstörungen	<input type="checkbox"/>				
Durchschlafstörungen	<input type="checkbox"/>				
Schnarchen	<input type="checkbox"/>				
Nächtliches Wasserlassen	<input type="checkbox"/>				
Nächtliches Zähneknirschen	<input type="checkbox"/>				
Morgendliche Unausgeschlafenheit	<input type="checkbox"/>				
Müdigkeit am Tage	<input type="checkbox"/>				
Rasche Erschöpfung bei Anstrengung	<input type="checkbox"/>				
Konzentrationsstörungen	<input type="checkbox"/>				
Gedächtnisstörungen	<input type="checkbox"/>				
Schwindel	<input type="checkbox"/>				
Heißhungerattacken	<input type="checkbox"/>				
Appetitlosigkeit	<input type="checkbox"/>				
Schmerzen Halswirbelsäule	<input type="checkbox"/>				
Schmerzen Brustwirbelsäule	<input type="checkbox"/>				
Schmerzen Lendenwirbelsäule	<input type="checkbox"/>				
Hüftprobleme/ Schmerzen	<input type="checkbox"/>				
Knieprobleme/ Schmerzen	<input type="checkbox"/>				
Sonstige Gelenkbeschwerden	<input type="checkbox"/>				
Muskel- oder Wadenkrämpfe	<input type="checkbox"/>				
Muskelschwäche	<input type="checkbox"/>				
Antriebslosigkeit/ Lustlosigkeit	<input type="checkbox"/>				
Traurigkeit/ Depressivität	<input type="checkbox"/>				
Ängst	<input type="checkbox"/>				
Vermehrtes Schwitzen nachts	<input type="checkbox"/>				
Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/>				
Haarausfall	<input type="checkbox"/>				
Hautprobleme (Jucken, Rötungen, Akne...)	<input type="checkbox"/>				
Häufiges Wasserlassen	<input type="checkbox"/>				
Augentrockenheit	<input type="checkbox"/>				
Mundtrockenheit	<input type="checkbox"/>				
Wassereinlagerungen (Hände? Füße?)	<input type="checkbox"/>				

Albena Moeller, Ritter Wulf-Platz 3, 21493 Schwarzenbek, Heilpraktikerin Osteopathie

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

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

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

Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit ein? Auch Nahrungsergänzungsmittel angeben.

.....
.....

Bitte Beipackzettel mitbringen.

Was erwarten Sie von meiner Behandlung?

.....
.....



Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!

Heilpraktiker Praxis Albena Moeller
Ritter-Wulf-Platz 3
21493 Schwarzenbek

Tel.: 01715125912
Mail: mail@albenamoeller-hp.de
Web: www.albenamoeller-hp.de

Kümmere Dich um Deinen Körper, denn er ist der einzige Ort, den Du zum leben hast!