



Liebe Patientin,

in der Naturheilkunde ist die gründliche Erhebung des Gesundheitszustandes von großer Bedeutung. Der **Behandlungsansatz ist ganzheitlich** angelegt, um mögliche Verbindungen und Ursachen für Gesundheitsstörungen zu ergründen.

Bitte füllen Sie den Fragebogen daher so gut wie möglich aus. Vielen Dank!

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ **Größe / Gewicht:** _____

Beruf: _____ ☐ überwiegend sitzend ☐ körperlich anstrengend

Familienstand: ☐ ledig ☐ verheiratet ☐ Partnerschaft ☐ verwitwet

Kinder: ☐ nein ☐ ja, Anzahl: _____

1. Was führt Sie zu mir? Aktuelle Beschwerden, seit wann?

=> wenn der Platz nicht ausreicht bitte auf einem Extra-Blatt ergänzen

1.1. **Gab es einen Auslöser für Ihre Beschwerden?**

z.B. Erkrankungen, Unfälle, Trauer, Kummer, Medikamente, Impfungen, Stress, Umzug, Arbeitgeberwechsel, Trennung, nach Infekt (EBV, Covid, Borreliose) etc.?

1.2. **Was wünschen Sie sich von der Behandlung bei mir?**

Was wäre für Sie ein gutes Behandlungsergebnis?



2. Welche Operationen hatten Sie bisher und wann? Zutreffendes bitte ankreuzen, mit Datum

- | | |
|---|---|
| ☐ Blinddarm _____ | ☐ Gallenblase _____ |
| ☐ Mandeln-OP _____ | ☐ Polypen _____ |
| ☐ gerichtete Knochenbrüche _____ | ☐ neue Gelenke _____ |
| ☐ Bandscheiben-OPs _____ | ☐ Unterleib _____ |
| ☐ Zahn-OP / Weisheitszähne _____ | |
| ☐ Sonstiges _____ | |

3. Welche Allergien liegen vor? Bitte ankreuzen:

- | | | |
|--|-------------------------------------|--|
| ☐ Heuschnupfen / Pollen | ☐ Tierhaare | ☐ Hausstaub-Milben |
| ☐ Insektengift / Bienen | ☐ Penicillin | ☐ Acetylsalicylsäure (z.B. Aspirin) |
| ☐ Metalle: _____ | | ☐ Lidocain |
| ☐ Nahrungsmittelallergie, bitte nennen: _____ | | |
| ☐ Sonstige Allergien, bitte nennen: _____ | | |

4. Gibt es Nahrungsmittelunverträglichkeiten?

Nahrungsmittel, die Sie schlecht vertragen:

- | | | | | | |
|--|------------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|---|-------------------------------|
| ☐ Banane | ☐ Erdbeeren | ☐ Wein | ☐ Bier | ☐ langgereifter Käse | ☐ Hefe |
| ☐ _____ | | | | | |
| ☐ _____ | | | | | |
| ☐ Laktoseintoleranz, seit wann _____ durch Atemtest betätigt: nein / ja (Datum: _____) | | | | | |
| ☐ Fruktoseintoleranz, seit wann _____ durch Atemtest betätigt: nein / ja (Datum: _____) | | | | | |
| ☐ Sorbit Intoleranz, seit wann _____ durch Atemtest betätigt: nein / ja (Datum: _____) | | | | | |
| ☐ Histaminintoleranz, seit wann _____ bestätigt? _____ | | | | | |

5. Lebensstil

Rauchen Sie? ☐ nie ☐ früher ☐ aktuell Anzahl Zigaretten/Tag: _____

Nehmen Sie Drogen? ☐ nein ☐ ja, welche: _____

Bewegung / Sport ☐ keinen ☐ 1–2x/Woche ☐ >3x/Woche

⇒ Welchen? _____

6. Ihre Ernährung

⇒ Was und wieviel trinken Sie pro Tag? (Wasser/Kaffee/Alkohol/Cola/Eistee...)

⇒ Wenn Sie **Alkohol** trinken – vertragen Sie diesen gut? ☐ Ja ☐ Nein

⇒ Was essen Sie am liebsten? _____

⇒ Welche Nahrungsmittel mögen sie nicht? _____

Ess-Typ:

- | | | | |
|-------------------------------------|--|------------------------------------|--|
| ☐ Mischkost | ☐ Vegetarier | ☐ Veganer | ☐ _____ |
| ☐ Glutenfrei | ☐ Zuckerreduziert | ☐ Low Carb, | ☐ Proteinreich, ☐ Intervallfasten ☐ Paleo |



Bitte geben Sie mir einen Einblick in Ihren typischen Ess-Alltag:

Frühstück: Was und um welche Uhrzeit?

Mittagessen: Was und um welche Uhrzeit?

Abendessen: Was und um welche Uhrzeit?

Zwischenmahlzeiten/Snacks: Was?

Wann essen Sie das letzte Mal etwas, am Abend?

Wie viel Obst täglich/Smoothies? (1 Portion Obst = was in ihre Hand passt)

7. Ihr vegetatives System:

- Haben Sie **derzeit Stress**? ☐ Nein ☐ Ja ☐ beruflich ☐ privat
- Wie ist Ihr **Energielevel im Alltag** auf einer Skala von 1-10 (wenig – viel)
Morgens ☐ mittags ☐ abends
- Leiden Sie unter **Angstzuständen / Panikattacken** oder hatten sie welche als Kind/Jugendlicher?

- Wie ist Ihr **Schlafverhalten?** (Ein-, Durchschlafen?), passendes Einkreisen
Schlaflosigkeit, ruhig, unruhig, viele Wachphasen, durchschlafend, Wasserlassen in der Nacht,

- Können Sie sich an Ihre Träume erinnern? ☐ ja ☐ nein
- Ist eine Schlafapnoe diagnostiziert? ☐ ja ☐ nein
 - Schlafen Sie mit Schlafmaske (CPAP) aufgrund einer Schlafapnoe? ☐ ja ☐ nein
- Zähne pressen/-knirschen? ☐ ja ☐ nein
- Tragen Sie eine Zahnschiene? ☐ ja ☐ nein



- Wie schnell schlafen Sie wieder ein, wenn Sie in der Nacht wach geworden sind?

- Fühlen Sie sich **ausgeruht / ausgeschlafen am nächsten Morgen?** _____

- ⇒ übliches zu Bett gehen um _____ Uhr
- ⇒ übliches Aufstehen um _____ Uhr
- ⇒ Mittagsschlaf/Nap: ☐ nein ☐ ja, wie lange? _____

- Sind Sie sehr **Licht- / Geräusch- / Geruchsempfindlich?** ☐ ja ☐ nein

8. **Familienvorgeschichte**, bitte ankreuzen: *und Wer? Vater, Mutter, Oma, Opa, Geschwister*

- | | |
|--|---|
| ☐ Bluthochdruck | ☐ Diabetes |
| ☐ Fettstoffwechselstörung | ☐ Herzinfarkt |
| ☐ Asthma | ☐ Lungenerkrankung |
| ☐ Schilddrüsenerkrankungen | ☐ Depressionen |
| ☐ Erbkrankheiten | |
| ☐ Krebserkrankungen, Art: _____ | |
| ☐ Sonstiges _____ | |

Autoimmunerkrankungen?

- ⇒ Erkrankungen Mutter:
- ⇒ Erkrankungen Vater:
- ⇒ Großeltern mütterlicherseits:
- ⇒ Großeltern väterlicherseits:
- ⇒ Geschwister:

9. **Welche Risikofaktoren oder Vorerkrankungen sind bekannt?** *Bitte ankreuzen:*

- | | | |
|---|--|---|
| ☐ Untergewicht | ☐ Übergewicht | |
| ☐ Bluthochdruck | ☐ niedriger Blutdruck | |
| ☐ Diabetes Typ-1 oder Typ-2 | ☐ erhöhte Blutfettwerte | ☐ Fettstoffwechselstörung |
| ☐ Eisenmangel | ☐ unruhige Beine / Füße | ☐ erhöhte Harnsäurewerte/Gicht |
| ☐ Lebererkrankung | ☐ Gallensteine | ☐ Asthma |
| ☐ Magenerkrankung / Gastritis | ☐ Magengeschwür | |
| ☐ chronische Gastritis | ☐ Helicobacter pylori | |
| ☐ Schlaganfall | ☐ Herzerkrankungen | |
| ☐ Nierenerkrankung | ☐ Nierensteine | |
| ☐ Rheuma | ☐ Arthrose | |
| ☐ Depression | ☐ Ängste | ☐ Schlafapnoe |
| ☐ Krebserkrankungen, Art: _____ | | |
| ☐ Hautkrankheit, Art: _____ | | |
| ☐ Schilddrüsenerkrankung, Art: _____ | | |
| ☐ Zysten/Knoten in der Schilddrüse und / oder Brust: _____ | | |
| ☐ Sonstige Erkrankungen (chronisch) _____ | | |
| ☐ Herpes Simplex | ☐ Gürtelrose | ☐ Pfeiffersches Drüsenfieber / EBV |
| ☐ Corona / Covid: wann / Symptome: _____ | | |



Wurden bei Ihnen schon mal Autoimmunerkrankungen festgestellt?

- | | | |
|--|--|---|
| ☐ Hashimoto | ☐ M. Basedow | |
| ☐ Rheuma | ☐ Rheumatoide Arthritis | ☐ Sjögren-Syndrom |
| ☐ Vaskulitis | ☐ Lupus erythematodes | ☐ M. Bechterew |
| ☐ Zöliakie | ☐ Morbus Crohn | ☐ Colitis ulcerosa (CED) |
| ☐ Psoriasis | ☐ Lichen Sclerosus | |
| ☐ Multiple Sklerose | ☐ Typ-1-Diabetes mellitus | |
| ☐ | | |

Wogegen sind Sie geimpft? _____

- | | |
|--|---|
| ☐ Grippeimpfung, wann _____ | |
| ☐ Corona-Impfung, _____ | |
| damit verbundene Beschwerden: _____ | |
| ☐ FSME, wann _____ | ☐ HPV, wann _____ |
| ☐ Tetanus, wann _____ | ☐ Gürtelrose, wann _____ |
| ☐ Pneumokokken, wann _____ | ☐ RSV, wann _____ |

10. FRAUENHEILKUNDE



Wann war Ihr **letzter Termin beim Gynäkologen**: _____

⇒ mit Zyklus weiter bei 10.1

⇒ in der Menopause weiter bei 10.2

10.1 Wie lang ist Ihr Zyklus? _____ Tage ☐ regelmäßig ☐ unregelmäßig

Letzter Zyklus war am: 1. Tag: _____ bis _____

Aktueller Zyklus: 1. Tag: _____

⇒ Wie lang dauert Ihre Menstruation / Blutung? _____ Tage

- Intensität:** ☐ Stark ☐ Normal ☐ Schwach
- ☐ Intermittierend (setzt mittendrin aus, um wieder zu beginnen)
- ☐ Schmierblutung / Spotting vor der eigentlichen Menstruation
- ☐ Schmierblutung bis zu 3 Tage um den Eisprung herum =Mittelzyklische Blutung

⇒ Gibt es **PMS-Symptome**?

- | | |
|--|--|
| ☐ Stimmungsschwankungen | ☐ Schlafstörungen |
| ☐ Reizbarkeit | ☐ Hitzewallungen |
| ☐ Heißhunger | ☐ Brustspannungen |
| ☐ Unreine Haut | |

⇒ Gibt es **Menstruationsbeschwerden**?

- | | |
|---|---|
| ☐ Menstruationskrämpfe | ☐ Verspannungen |
| ☐ Kopfschmerzen, Migräne | ☐ Schwindelgefühle |
| ☐ Endometriose | ☐ Andere Probleme? _____ |



⇒ Anzahl **Schwangerschaften**: _____ Anzahl **Geburten**: _____
normal, Risikoschwangerschaft, Kaiserschnitt, Dammschnitt, Schwangerschaftsvergiftung, Schwangerschaftsdiabetes (zutreffendes Einkreisen)

⇒ **Welche Verhütungsmethode wird/wurde verwendet?**

- | | |
|---|---|
| ☐ Antibabypille | ☐ Dreimonatsspritze |
| ☐ Hormonspirale | ☐ Kupferspirale |
| ☐ Implantiertes Hormonstäbchen | ☐ Kondome |
| ☐ Vaginaler Hormonring / Nuvaring | ☐ Diaphragma / Pessar |
| ☐ Temperaturmessung, welche Art (Ovy-App?) | |
| ☐ Keine | ☐ Ich bin sterilisiert seit: _____ |

👉 **Wenn hormonell verhütet wird, welches Mittel und seit wann?**

Name(n) der Pille(n) und Zeitrahmen notieren + Nebenwirkungen

⇒ **Pille danach** / Wann? _____

⇒ **Sexualität/Libido**: ☐ vermindert ☐ normal ☐ vermehrt ☐ schmerzhaft

10.2 Wenn Sie in der **Menopause** sind:

Wann war ca. Ihre **letzte** Monatsblutung _____

Haben Sie Probleme damit?

- | | | |
|--|--|--|
| ☐ Stimmungsschwankungen | ☐ Hitzewallungen | ☐ Nachtschweiß |
| ☐ Brain Fog / Konzentrationsprobleme | | ☐ Schlafstörungen |
| ☐ Gelenkschmerzen | ☐ trockene Schleimhäute (Augen / Vaginal) | |
| ☐ Osteoporose | ☐ Gewichtszunahme | |
| ☐ Belastungs- / Stressinkontinenz | ☐ Dranginkontinenz bei / durch Blasenentzündung | |
| ☐ Blasenentzündungen | | |
| ☐ Vaginale Atrophie (<i>Symptome: jucken, brennen Schmerzen beim Sex</i>) | | |

Bekannte Diagnosen / Sonstiges

- | | |
|---|---|
| ☐ Endometriose | ☐ häufige Blasenentzündungen |
| ☐ Polyzystische Ovarialsyndrom, kurz PCO-Syndrom | ☐ Myome |
| ☐ Östrogendominanz | ☐ Progesteronmangel |
| ☐ Positiver PAP-Test / HPV-Infektion | ☐ Progesteron Überschuss |
| ☐ | |

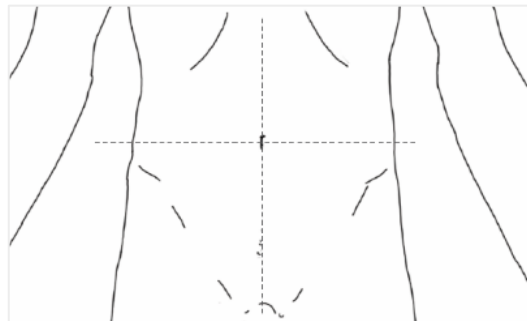


10. Darmgesundheit: Wie ist Ihre Verdauung?

⇒ Wo haben Sie Schmerzen?

Bitte einzeichnen =>

⇒ Seit wann? Gibt es einen Auslöser?



Wie ist Ihre Stuhlfrequenz? ____x täglich oder ____x wöchentlich

Konsistenz:

- ☐ fest geformt ☐ breiig ☐ wässrig ☐ wechselt zwischen _____
- ☐ unverdaute Rückstände sichtbar ☐ Schleimauflagen
- ☐ Farbe _____
- ☐ Geruch _____
- ☐ Klopapierverbrauch > als 5 Stück
- ☐ Benutzung der Klobürste, da Stuhl klebt

Sonstige Beschwerden:

- ☐ Obstipation, seit wann _____
- ☐ Diarrhoe, seit wann _____
 - ↳ Innerhalb von 30min nach dem Essen
- ☐ Flatulenz = Blähungen / Winde, die abgehen => ☐ riechen faulig ☐ sind laut
- ☐ Meteorismus / Luft im Bauch / Blähbauch
- ☐ Oberbauchschmerzen kurz n. d. Essen
- ☐ Oberbauchschmerzen 2-3 Std nach dem Essen / nachts / nüchtern
- ☐ Sodbrennen ☐ Reflux ☐ vermehrtes (saures) Aufstoßen
- ☐ Juckreiz am After ☐ Hämorrhoiden, seit wann _____
- ☐ Mundgeruch ☐ Appetitlosigkeit
- ☐ Gewichtsverlust, wieviel kg in welchem Zeitraum _____
- ☐ Dünndarmfehlbesiedelung (SIBO / IMO), durch Atemtest betätigt: nein / ja (Datum: _____)
- ☐ Zöliakie, wann Erstdiagnose gestellt _____
- ☐ NZWS = Nicht-Zöliakie-Weizensensitivität



11. Welche Medikamente, Salben /Cremes oder Nahrungsergänzungsmittel (NEM) nehmen Sie derzeit ein? => bitte genaue Angaben! Siehe Beispiel!

Medikament / Nahrungsergänzungsmittel	Dosierung	Einnahmezeitpunkt
<i>Bsp: Vitamin C / BIOGENA</i>	<i>650mg</i>	<i>1-0-1 oder morgens nüchtern</i>

12. Hatten Sie bereits Infektionskrankheiten? z.B. im Urlaub (Hepatitis A-E, Aids...)

13. Sonstiges: Was Sie mir sonst noch mitteilen möchten.

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben

Datum, Unterschrift