



Lieber Patient,

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

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 | |
| ☐ _____ | | |

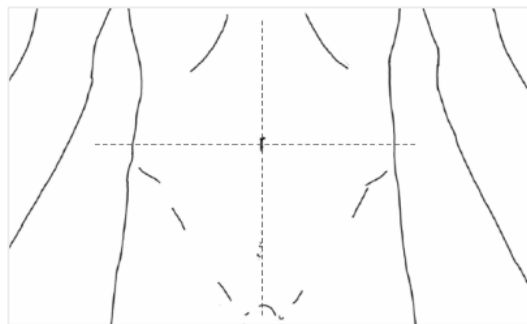


Wogegen sind Sie geimpft? _____

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

10. 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



10. 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