

# **FRAGEBOGEN für ERWACHSENE**

(ergänzend zum persönlichen Erstgespräch)

VORNAME: \_\_\_\_\_ NACHNAME: \_\_\_\_\_ TITEL: \_\_\_\_\_

ADRESSE: \_\_\_\_\_

GEBURTSDATUM: \_\_\_\_\_ TELEFONNUMMER(N): \_\_\_\_\_

E-MAIL: \_\_\_\_\_ BERUF: \_\_\_\_\_

VERSICHERUNG: \_\_\_\_\_ VERSICH.-NUMMER: \_\_\_\_\_ WAHLARZTVERSICHERUNG:  Ja |  Nein

FAMILIENSTAND:  ledig |  verheiratet |  Lebensgemeinschaft |  geschieden |  verwitwet ANZAHL der KINDER: \_\_\_\_

AUF MICH AUFMERKSAM GEWORDEN DURCH: \_\_\_\_\_ HAUSARZT: \_\_\_\_\_

---

## © **Was ist/sind Ihre HAUPTBESCHWERDE(N)?**

Bitte beschreiben Sie diese möglichst genau, auch scheinbar Unwesentliches bitte angeben!

Seit wann bestehen die Beschwerden? Gibt es einen Auslöser für die Beschwerden?

Wodurch können sie gelindert werden? Wodurch werden sie verstärkt?

Wie beeinflussen die Beschwerden ihr Leben? Was stört Sie am meisten?

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

Bitte beschreiben Sie die Beschwerden möglichst genau.

Gehen Sie den Körper von Kopf bis Fuß durch: Kopf, Augen, Ohren, Nase, Hals, Brust, Herz, Lungen, Magen, Bauch, Darm/Stuhl, Harnwege, Geschlechtsorgane, Extremitäten, Knochen, Gelenke, Haut, ...

© **Werden Beschwerden oder Sie im Allgemeinen durch folgende FAKTOREN BEEINFLUSST, d.h. verstärkt oder abgeschwächt oder verändert?**

Bitte ankreuzen bzw. unten ergänzen.

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

Bitte ankreuzen bzw. unten ergänzen.

<input type="checkbox"/> Abszesse	<input type="checkbox"/> Allergien	<input type="checkbox"/> Angina	<input type="checkbox"/> Asthma	<input type="checkbox"/> Blähungen	<input type="checkbox"/> Depression
<input type="checkbox"/> Emphysem	<input type="checkbox"/> Epilepsie	<input type="checkbox"/> Erkältungen	<input type="checkbox"/> Fehlgeburt	<input type="checkbox"/> Fieberblasen	<input type="checkbox"/> Gallensteine
<input type="checkbox"/> Gelenkentzündung	<input type="checkbox"/> Genitalausfluss	<input type="checkbox"/> Genitalherpes	<input type="checkbox"/> Genitalwarzen	<input type="checkbox"/> Gicht	<input type="checkbox"/> Grippe
<input type="checkbox"/> Hämorrhoiden	<input type="checkbox"/> Hauterkrankungen	<input type="checkbox"/> Hepatitis	<input type="checkbox"/> Herzerkrankungen	<input type="checkbox"/> Heuschnupfen	<input type="checkbox"/> Inkontinenz
<input type="checkbox"/> Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/> Krätze	<input type="checkbox"/> Krebs	<input type="checkbox"/> Kreuzschmerzen	<input type="checkbox"/> Keuchhusten	<input type="checkbox"/> Kropf
<input type="checkbox"/> Leukämie	<input type="checkbox"/> Lungenentzündung	<input type="checkbox"/> Malaria	<input type="checkbox"/> Masern	<input type="checkbox"/> Mumps	<input type="checkbox"/> Zysten
<input type="checkbox"/> Nierenerkrankungen	<input type="checkbox"/> Nierensteine	<input type="checkbox"/> Scharlach	<input type="checkbox"/> Einnässen/Einkoten	<input type="checkbox"/> Sonnenstich	<input type="checkbox"/> Syphilis
<input type="checkbox"/> Tripper	<input type="checkbox"/> Tuberkulose	<input type="checkbox"/> Verstopfung	<input type="checkbox"/> Warzen	<input type="checkbox"/> Würmer	<input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit
<input type="checkbox"/> Lungenfellentzündung	<input type="checkbox"/> Blasenentzündungen	<input type="checkbox"/> Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> Krämpfe	<input type="checkbox"/> Rheuma	<input type="checkbox"/> Lähmungen
<input type="checkbox"/> Pfeiffer'sches Drüsenfieber	<input type="checkbox"/> Alkohol-/ Drogenmissbrauch	<input type="checkbox"/> Gehirnhautentzündung	<input type="checkbox"/> Nasennebenhöhlen-Beschwerden	<input type="checkbox"/> Geschlechtskrankheiten	<input type="checkbox"/> Schilddrüsen-erkrankungen

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

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

⊙ **Haben Sie in letzter Zeit an Gewicht verloren bzw. zugenommen?** Wenn ja, wie viel?

⊙ **Nehmen Sie derzeit MEDIKAMENTE ein?** Wenn Ja, gibt es NEBENWIRKUNGEN?

⊙ **Nehmen Sie derzeit oder nahmen Sie in der Vergangenheit HOMÖOPATHISCHE MEDIKAMENTE ein?**

Wenn ja, welche (soweit bekannt) und von wem wurden Sie verordnet und mit welchem Ergebnis?

⊙ **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, ...)?**

⊙ **Welche Nahrungsmittel mögen Sie BESONDERS GERN, gegen welche haben Sie eine ABNEIGUN 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			
Gesalhtes				Reis				Salat			
sauer				scharf				süß			
bitter				salzig				fett			
Heißes				Kaltes							

○ \_\_\_\_\_

○ \_\_\_\_\_

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

**Zigaretten:** \_\_\_\_\_ **Kaffee:** \_\_\_\_\_ **Alkohol:** \_\_\_\_\_ **Drogen:** \_\_\_\_\_

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

(z.B. Krebs, Alkoholismus, psychische Erkrankungen, Depression, Allergien, Epilepsie, Kropf, Herzerkrankungen, Bluthochdruck, Zuckerkrankheit, Tuberkulose, Syphilis, Tripper, Lähmungen, Asthma, Hauterkrankungen, ....). Bei verstorbenen Personen geben Sie bitte das **STERBEALTER** an!

**Mutter:**

**Vater:**

**Geschwister:**

**Großmutter mütterlicherseits:**

**Großvater mütterlicherseits:**

**Großmutter väterlicherseits:**

**Großvater väterlicherseits:**

**Tanten/Onkeln:**

© **Wie würden Sie sich selbst mit kurzen Worten BESCHREIBEN?**

Wie würden Sie ihren Gemütszustand beschreiben?

Bzw. wie würden gute Freunde oder Ihnen nahestehende Personen Sie beschreiben?

© **Was UNTERSCHIEDET Sie von anderen?**

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

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

⊙ **Haben Sie ÄNGSTE oder SORGEN?**

⊙ **Was können Sie gar NICHT LEIDEN? Ist es auf etwas EMPFINDLICH?**

⊙ **Was ist Ihnen sonst noch WICHTIG oder ein BESONDERS ANLIEGEN?**

⊙ **Gibt es NOCH ETWAS NENNENSWERTES aus Ihrem Leben, das unter den bisherigen Punkten nicht dabei war?** Erzählen Sie bitte wichtige Punkte aus Ihrer Lebensgeschichte (Kindheit bis über Beziehungs- und Berufsleben)