

## Ganzheitlicher Gesundheitsfragebogen

Liebe Patientin, lieber Patient!

Je mehr ich über Sie erfahre, desto besser kann ich mich auf Ihren Besuch vorbereiten und Sie gesundheitlich unterstützen. In diesem Sinne bitte ich Sie, den Bogen auszufüllen und ihn mir frühzeitig zukommen zu lassen. Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!

Name: ..... Vorname: ..... Geb-Datum: .....  
 Strasse + Hausnr.: ..... Postleitzahl: ..... Ort: .....  
 E-Mail: ..... Tel. Festnetz: ..... Mobil: .....  
 Krankenkasse: ..... Größe: ..... Gewicht: .....  
 Hausarzt: .....

### Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Überweisung durch: ..... auf Empfehlung von: .....  
 Internet über:    Ärztbewertungsportale                      Praxishomepage                      Sonstiges: .....

### Welches Anliegen führt Sie zu mir?

.....  
 .....

### Erkrankungen der Familie:

Mutter

Vater

Geschwister

Bluthochdruck .....  
 Diabetes .....  
 Herzinfarkt .....  
 Schlaganfall .....  
 Krebserkrankung (welche?) .....  
 Neurodermitis/ Allergie/ Asthma .....  
 Depression/ Nervenleiden .....

### Erkrankungen der Familie:

Mutter

Vater

Geschwister

Andere wichtige Erkrankungen: .....

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

### Welche Erkrankungen gab oder gibt es bei Ihnen selbst und (seit) wann?

Bluthochdruck	seit: .....	Schilddrüsenerkrankung	seit: .....
Herzinfarkt	.....	Nierenerkrankung	seit: .....
Koronare Herzkrankheit	.....	Chron. Darmerkrankung	seit: .....
Schlaganfall	.....	Lebererkrankung	seit: .....
Herzrhythmusstörungen	seit: .....	Rheuma	seit: .....
Thrombose	.....	Hörsturz/ Tinnitus	seit: .....
Lungenembolie	.....	Depression/ Nervenleiden	seit: .....
Diabetes mellitus	seit: .....	Neurodermitis	seit: .....
Asthma	seit: .....	Heuschnupfen	seit: .....
COPD/ Emphysem	seit: .....	Andere Allergien	seit: .....
Reizdarm	seit: .....	Der letzte Allergietest war im Jahr : .....	
Krebserkrankung	.....		

Wenn ja: welche? .....

**Welche anderen Erkrankungen gibt oder gab es bei Ihnen noch und (seit) wann?**

.....

.....

**Gab es bedeutsame Operationen, Unfälle oder Verletzungen, insbesondere der Halswirbelsäule (Wann? Was?):**

.....

**Gab es bei früheren Laboruntersuchungen einmal Auffälligkeiten?**

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

**Leiden Sie oder litten Sie früher schon einmal an folgenden Beschwerden?**

	(fast) nie	ab und zu	häufig	(fast) immer	derzeit
Husten	<input type="checkbox"/>				
Auswurf	<input type="checkbox"/>				
Schleimgefühl im Hals oder Rachen	<input type="checkbox"/>				
Verstopfte Nase/ Naselaufen/ Niessen	<input type="checkbox"/>				
Luftnot bei Anstrengung	<input type="checkbox"/>				
Luftnot in körperlicher Ruhe	<input type="checkbox"/>				
Engegefühl/Beklemmung der Brust	<input type="checkbox"/>				
Einschlafstörung	<input type="checkbox"/>				
Durchschlafstörung	<input type="checkbox"/>				
Schnarchen	<input type="checkbox"/>				
Nächtliche Atemauffälligkeiten/ -pausen	<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"/>				
Konzentrationsstörung	<input type="checkbox"/>				
Gedächtnisstörung	<input type="checkbox"/>				
Schwindel	<input type="checkbox"/>				
Heißhungerattacken	<input type="checkbox"/>				
Appetitlosigkeit	<input type="checkbox"/>				
Mundgeruch	<input type="checkbox"/>				
Rückenschmerzen: Halswirbelsäule	<input type="checkbox"/>				
Rückenschmerzen: 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"/>				
Ängste	<input type="checkbox"/>				
Vermehrtes Schwitzen tagsüber	<input type="checkbox"/>				
Vermehrtes Schwitzen nachts	<input type="checkbox"/>				
Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/>				
Haarausfall	<input type="checkbox"/>				
Hautprobleme (Jucken, Rötung, Akne...)	<input type="checkbox"/>				
Gehäuftes Wasserlassen	<input type="checkbox"/>				
Augentrockenheit	<input type="checkbox"/>				
Mundtrockenheit	<input type="checkbox"/>				
Wassereinlagerungen (Hände? Füße?)	<input type="checkbox"/>				

### Infektanfälligkeit

Grippe/ Erkältung u. ä.: 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 (!) 5 Lebensjahren** insgesamt: ..... mal In den **letzten 10 Jahren** insgesamt: ..... 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	derzeit
Blähungen	<input type="checkbox"/>				
Bauchschmerzen/-krämpfe	<input type="checkbox"/>				
Völlegefühle	<input type="checkbox"/>				
Übelkeit	<input type="checkbox"/>				
Erbrechen	<input type="checkbox"/>				
Sodbrennen	<input type="checkbox"/>				
Saures Aufstoßen	<input type="checkbox"/>				
Vermehrtes Aufstoßen (nicht sauer)	<input type="checkbox"/>				

### Rauchgewohnheiten:

Ich bin Nichtraucher  immer schon  seit ..... Jahren  
 Ich rauche durchschnittlich etwa ..... Zigaretten pro Tag  früher rauchte ich ..... Zigaretten pro Tag

### Veränderung Ihres Körpergewichts:

Ich habe in den letzten 10 Jahren unterm Strich:

mein Gewicht kaum verändert  ..... kg abgenommen  ..... kg zugenommen

### Treiben Sie regelmäßig Sport?

nein  ja ..... mal pro Woche für ca. .... Minuten. Sportart/-en: .....

### Tragen Sie aktuell noch Amalgamfüllungen?

Ja, ich habe  1-2  3-5  6-8  9 oder mehr Amalgamfüllungen  nein oder:

### Hatten Sie früher Amalgamfüllungen, die inzwischen entfernt wurden?

Ja, ich hatte  1-2  3-5  6-8  9 oder mehr Amalgamfüllungen  nein oder:

Haben Sie Implantate?  nein  Ja, ich habe  1-2  3-5  6-8  
 Überkronte Zähne?  nein  Ja, ich habe  1-2  3-5  6-8  
 Wurzelgefüllte/ tote Zähne?  nein  Ja, ich habe  1-2  3-5  6-8

### Wie oft essen/trinken Sie durchschnittlich folgende Nahrungsmittel?

	(fast) nie	ab und zu	mehrfach pro Wo.	einmal täglich	mehrfach täglich
Milch	<input type="checkbox"/>				
Quark	<input type="checkbox"/>				
Joghurt	<input type="checkbox"/>				
Käse	<input type="checkbox"/>				
Eier	<input type="checkbox"/>				
Brot/ Brötchen	<input type="checkbox"/>				
Müsli	<input type="checkbox"/>				
Nudeln	<input type="checkbox"/>				
Kuchen	<input type="checkbox"/>				
Süßigkeiten	<input type="checkbox"/>				

	(fast) nie	ab und zu	mehrfach pro Wo.	einmal täglich	mehrfach täglich
Fleisch	<input type="checkbox"/>				
Fisch	<input type="checkbox"/>				
Wurst	<input type="checkbox"/>				
Gemüse	<input type="checkbox"/>				
Obst	<input type="checkbox"/>				
<hr/>					
Kaffee	<input type="checkbox"/>				
Tee	<input type="checkbox"/>				
Wasser mit / Ohne Kohlensäure	<input type="checkbox"/>				
Fruchtsäfte	<input type="checkbox"/>				
<hr/>					
Coca Cola	<input type="checkbox"/>				
Süßgetränke	<input type="checkbox"/>				
Bier (Gläser)	<input type="checkbox"/>				
Wein (Gläser)	<input type="checkbox"/>				

Wie viel Liter trinken Sie durchschnittlich pro Tag (alle Getränke zusammengerechnet)? ..... Liter

Gibt es Nahrungsmittel, die Ihnen (egal wie) nicht gut bekommen?

.....

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

Beziehungssituation: ich bin     allein lebend     geschieden     verheiratet  
 in fester Partnerschaft     ich habe ..... Kind/-er     ich habe keine Kinder

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

Notieren Sie nun bitte noch alle (!) **Medikamente und Nahrungsergänzungsmittel**, die Sie aktuell einnehmen inklusive verhütender Maßnahmen, Sprays und Bedarfsmedikamente (Schmerz-, Allergie- und Schlaftabletten etc.).  
*Zur Medikation: Wenn auf der Packung der Präparate eine Mengenangabe ersichtlich ist, bitte aufführen:*  
*z. B. Ramipril 5 mg oder L-Thyroxin 75*

Medikament:	morgens	mittags	abends	z. Nacht	nur bei Bedarf
.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....

Was erwarten Sie von meiner Behandlung?

.....

.....

Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!

**Ganzheitliche Medizin am Niederrhein**  
**Dr. med. Andre Bieling**  
 Langdorfer Str. 5  
 47669 Wachtendonk

**Phone** +49 2836 3149614  
**Mail** info@docbieling.de  
**Web** www.docbieling.de