

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: Blutgruppe:

Welches Anliegen führt Sie zu mir?

Erkrankungen der Familie:	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"/>
Krebskrankung (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"/>

Erkrankungen der Familie:	Mutter	Vater	Geschwister	
Andere wichtige Erkrankungen:			
Mutter verstorben?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Wann?	Alter?	Woran?
Vater verstorben?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Wann?	Alter?	Woran?

Welche Erkrankungen gab oder 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"/> Koronare 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"/> Depression/ Nervenleiden | 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/ Emphysem | seit: | <input type="checkbox"/> Andere Allergien | seit: |
| <input type="checkbox"/> Reizdarm | seit: | <input type="checkbox"/> Der letzte Allergietest war im Jahr : | |
| <input type="checkbox"/> Krebskrankung | | | |
| 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 Unausgeschafenheit	<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 nächtlich	<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 breig 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?

nein oder:

Ja, ich habe 1-2

3-5

6-8

9 oder mehr Amalgamfüllungen

Hatten Sie früher Amalgamfüllungen, die inzwischen entfernt wurden?

nein oder:

Ja, ich hatte 1-2

3-5

6-8

9 oder mehr Amalgamfüllungen

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"/>				
Fleisch	<input type="checkbox"/>				
Fisch	<input type="checkbox"/>				
Wurst	<input type="checkbox"/>				
Gemüse	<input type="checkbox"/>				
Obst	<input type="checkbox"/>				



	(fast) nie	ab und zu	mehrfach pro Wo.	einmal täglich	mehrfach täglich
Kaffee	<input type="checkbox"/>				
Tee	<input type="checkbox"/>				
Wasser mit /	<input type="checkbox"/>				
Ohne Kohlensäure	<input type="checkbox"/>				
Fruchtsäfte	<input type="checkbox"/>				
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?

Beziehungssituation: ich bin

- allein lebend
- geschieden
- verheiratet
- in fester Partnerschaft
- ich habe Kind/-er
- ich habe keine Kinder

Derzeitige berufliche Tigkeit: **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**

Was erwarten Sie von meiner Behandlung?

Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!

Dr. med. Markus Rost
Rosenstrasse 20
35099 Burgwald-Bottendorf

Medicina soror philosophiae.

Heilung beginnt mit Verstehen.

Tel: 06451 - 746 3932
Mail: kontakt@drrost.de
Web: www.drrost.de
www.heavymetadoc.de