



Fragebogen 1. Konsultation

Alle Angaben werden vertraulich behandelt. Sie dienen einer optimalen Behandlung.
Bitte nehmen Sie sich etwa ½ h Zeit, um die Fragen zu lesen und zu beantworten.

Bitte retournieren Sie das ausgefüllte Formular bis spätestens 24h vor dem 1. Termin.

Name _____

Geburtsdatum _____

Vorname _____

Geburtsort _____

Strasse _____

Beruf _____

PLZ/Ort _____

Telefon _____

E-Mail _____

Grösse _____ cm

Gewicht _____ kg

Blutgruppe _____

Rhesus _____

Hausarzt/In _____

andere/r Naturarzt/In _____

Therapeut/In(nen) _____

Haben Sie implantierte Metalle oder Geräte (z. B. Herzschrittmacher)? _____

Sind Sie schwanger? Ja Nein

Leiden Sie an Epilepsie oder hatten Sie schon einmal einen epileptischen Anfall? Ja Nein

Medizinische und therapeutische Situation

Was ist IHR wichtigstes Anliegen in Bezug auf Ihren Besuch in meiner Praxis? Warum kommen Sie zu mir? (Jetzige Beschwerden? Seit wann, wo, wie oft, wie lange, bei welchen Gelegenheiten, was haben Sie schon alles versucht, um die Beschwerden zu lindern?)

Hauptbeschwerde:

.....
.....
.....
.....



Nebenbeschwerden:

.....

Falls Sie Schmerzen haben, wie ist der Schmerzcharakter? (z.B. stechend, dumpf, brennend, etc.)

.....

Welche Faktoren haben Einfluss auf Ihre Beschwerden / Ihr Wohlbefinden:

	kein Effekt	besser	schlechter
Bewegung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sitzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Liegen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tageszeit: nachts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
morgens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
abends	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jahreszeit (welche?) (_____)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kälte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wärme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Druck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlaf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Urlaub	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wenn Sie Ihre Hauptbeschwerde bzw. Schmerzen auf einer Skala von 0 bis 100% einteilen sollten, wie stark sind Ihre Beschwerden in etwa? Machen Sie spontan zwei Kreuze auf der Skala: für den schlimmsten Fall ein Kreuz und für den besten Fall ein Kreuz.

(100% = stärkste vorstellbare Schmerzen/Beschwerden; 0% = neutrales Befinden)

100%-----90%-----80%-----70%-----60%-----50%-----40%-----30%-----20%-----10%-----0%

Vorerkrankungen, bitte mit Datum?

.....

Welche Fachärzte oder auch Heilpraktiker haben Sie bereits aufgesucht?

.....

Untersuchungen:

Wann war die letzte Untersuchung – was wurde untersucht – Ergebnis? Welche Werte waren verändert? Bitte bringen Sie Befunde mit, soweit vorhanden.

Röntgen:

CT:

MRT:

Labor:

EEG/EKG:

Magen-/Darmspiegelung:

Operationen? Wann war dies jeweils (Jahreszahl)?

Blinddarmnarbe? (____) Mandeln? (____) Galle? (____) Leiste/Hoden? (____)

Magen? (____) Unterleib? (____) Auge? (____) Geschlechtsorgane? (____)

Ohr? (____) Finger/Zehen? (____) Muttermale? (____) Warzen? (____)

sonstige Narben/Operationen? Wo (wann)?



Klinikaufenthalte, Krankenhausaufenthalte, Kuren (wo, wann, wieso?)

.....

Unfälle (wann)?

Knochenbrüche? (_____) Gehirnerschütterungen? (_____)
 Verletzungen der Halswirbelsäule oder des Kopfes? (_____) Schleudertrauma? (_____)
 Verbrennungen? (_____) Vergiftungen? (_____)

Welche Krankheiten (Krebs, Tuberkulose, Diabetes, Herzkreislauf, usw.) gab es bei:

Mutter?.....Woran verstorben?
 Vater?Woran verstorben?
 Großmutter (mütterlicherseits)?.....Woran verstorben?
 Großmutter (väterlicherseits)?Woran verstorben?
 Großvater (mütterlicherseits)?Woran verstorben?
 Großvater (väterlicherseits)?Woran verstorben?
 Geschwister?Woran verstorben?

Welche Medikamente/Nahrungsergänzungsmittel/Kräuter/pflanzliche Tees/homöopathische Präparate nehmen Sie?

Präparat	Dosis/Stärke	Morgens	Mittags	Abends	Seit wann

(Bei mehr bitte Extrablatt benutzen)

Sind Sie geimpft? Ja Nein
 Wenn ja, welche Impfungen haben Sie?

.....

Genussmittel & Noxen:

Trinken Sie Kaffee? nie selten täglich täglich viel
 Rauchen Sie? _____ Seit wann? _____ Wie viel? _____ Was? _____
 Haben Sie vor, mit dem Rauchen aufzuhören?
 Wenn ja: Wann? _____
 Wenn nein: Warum nicht? _____
 Wird in Ihrem Umfeld geraucht? Ja Nein
 Alkohol, welche Sorte? _____ Wie oft pro Woche? _____ Wie viel? _____
 Andere (Cannabis, Drogen & Medikamente): _____

Allergien/Unverträglichkeiten Allergiepäss vorhanden? Ja Nein

Ich bin allergisch auf: Metalle (Nickel, Quecksilber, usw.) Shampoo Waschmittel
 Milben, Hausstaub Impfungen Chemikalien Kosmetika
 Pollen (Heuschnupfen) Medikamente Bienen/Wespen Haustiere
 Nahrungsmittel → welche? _____

Soziales Umfeld

Ich lebe: mit Haustier(en) zusammen
 verheiratet mit Kind(ern) (1. Kind Jhrg: ___ 2. Kind Jhrg: ___ 3. Kind Jhrg: ___ 4. Kind Jhrg: ___)
 verheiratet ohne Kinder verwitwet geschieden getrennt alleinstehend



im Konkubinat in Patchwork-Familie in Wohngemeinschaft

Energie - Vitalität - Lebenslust - Lebensfreude

Ich...

fühle mich fit bin aktiv am Tag bin beim Aufstehen morgens müde
fühle mich oft müde bin aktiv in der Nacht bin nach dem Essen müde
fühle mich erschöpft, ausgebrannt freue mich an mir und meinem Leben

Neigen Sie zu:

Stimmungsschwankungen Konzentrationsschwierigkeiten Angststörung Phobie
Suizidversuchen seelischem Kummer, langfristig Vergesslichkeit Müdigkeit

Umwelteinflüsse

Ist Ihre Lebensqualität durch einen/mehrere dieser Faktoren gestört?

Lärmbelastung Elektrosmog viel Stress im Beruf Stress in Familie/Beziehung

Körperliche Aktivität

Wie viele Stunden pro Woche sind Sie im Alltag (z.B. Gartenarbeit, mit dem Velo zur Arbeit, zügiges Gehen) und/oder beim Sporttreiben insgesamt körperlich aktiv?

mehr als 3h weniger als 3h

Ernähren Sie sich:

vegetarisch? Ja Nein

mit Fleisch/Fleischprodukten? nie täglich mehrmals pro Woche ___ Mal
(bevorzugt Rind Kalb Lamm Schwein Poulet)

mit Fisch? nie täglich mehrmals pro Woche ___ Mal

mit Eiern? nie täglich mehrmals pro Woche ___ Mal

mit Milchprodukten? nie täglich mehrmals pro Woche ___ Mal

mit Obst? nie täglich mehrmals pro Woche ___ Mal

Wie viele faustgrosse Portionen Gemüse/Salat essen Sie pro Tag? weniger als 3 mehr als 3

Schlafprobleme

akut chronisch Einschlafprobleme Durchschlafprobleme

geistige Unruhe Ängste Nachtschweiss Seelenschmerz

körperliche Unruhe → welche? _____

Stunden Schlaf/Nacht _____ am Tag _____

Ihr Flüssigkeitshaushalt / Niere-Blasenbereich

Verspüren Sie Durst? oft selten nie immer

Wieviel trinken Sie pro Tag? < 1 Liter ca. 1 Liter ca. 1,5 Liter ca. 2 Liter mehr

Urin-Ausscheidung pro Tag? reichlich spärlich häufig

Farbe gelb Farbe trüb nächtliches Wasserlösen Schmerzen beim Wasserlösen

Farbe klar mit Geruch schwacher Harnstrom häufiger Harndrang

Ich neige zu: Harnwegserkrankungen Prostataproblemen Blasenentzündungen

Ödeme an: Gesicht Rumpf Händen Füßen Beinen

Schwitzen: Tag Nacht spontan bei Anstrengung

wo? Gesicht Achseln Brust Hände Füsse

Verdauung

Stuhlgang: normal weich hart

Leiden Sie an:

Magengeschwür? Sodbrennen? Blähungen? Darmgeräuschen? Krämpfen/Koliken?

Bauchschmerzen? Erbrechen? Übelkeit? Schluckauf? Rülpsen?

Verstopfung? nie selten öfters (fast) immer

Durchfall? nie selten öfters (fast) immer



Haut / Haare / Nägel

Haut

Juckreiz sensible Haut mit Tendenz zu allergischer Reaktion trockene Haut
Sonnenallergie Warze(n) fettige Haut Neurodermitis Dornwarze(n)
Narben nach Jugendakne Psoriasis (Schuppenflechte) Hautpilz
Akne zyklusbedingte Hautrötungen Fusspilz

Haare

trockene/spröde Haare Neigung zu Schuppen Haarausfall plötzlich
fettige Haare Haarausfall kreisrund

Fingernägel

starke Nägel brüchige Nägel spröde Nägel Nägelkauen
elastische Nägel weiche Nägel

Zehennägel

starke Nägel brüchige Nägel spröde Nägel weiche Nägel Nagelpilz

HNO (=Hals-Nasen-Ohren) -Bereich / Augen

Mund: trocken Mundgeruch Neigung zu Aphten Herpes labialis
Geschmacksverlust

Hals: vermehrtes Räuspern Kloss im Hals anfällig für: Halsschmerzen Heiserkeit

Nase: Verlust des Geruchssinnes

anfällig für: Niesanfälle Sinusitis verstopfte Nase Schnupfen Nasenbluten

Ohren: Ohrenschmerzen Tinnitus Rauschen Hörverlust

Augen: kurzsichtig weitsichtig verminderte Sehkraft Laserkorrektur
grüner Star grauer Star Juckreiz in den Augen schwarze Punkte Flimmern

Zähne

Kariesanfälligkeit Zahnkorrektur Parodontitis

wurzelbehandelte/r Zahn/Zähne Amalgamfüllungen Implantate

letzter Zahnarztbesuch: _____ letzte professionelle Zahnreinigung: _____

Nervensystem/Schmerzen allgemein

Leiden Sie an:

Neuralgien / neuropathischen Schmerzen / eingeklemmten Nerven? Nein

Ja → wo? _____

Taubheitsgefühlen? Nein

Ja → wo? _____

Lähmungen? Nein

Ja → wo? _____

Schmerzen? Nein

Ja → wo? _____ akut chronisch

Was hilft Ihnen dagegen? _____

Bewegungsapparat

Leiden Sie an (wo?):

Muskelschwäche? (_____) Taubheitsgefühlen? (_____) Kribbelgefühlen? (_____)

Rückenschmerzen, Hernien, Hexenschuss, Ischias? (_____)

Osteoporose? (_____) verkürzten Sehnen? (_____)

Arthrose? 1 Gelenk 2 Gelenke 3 Gelenke > 3 Gelenke

→ welche Gelenke? _____

Blutgefäße

Krampfadem Arteriosklerose Hämorrhoiden

Blutdruck zu hoch Blutdruck zu tief



FRAU

Planen Sie, in den nächsten Monaten schwanger zu werden? Ja Nein

Sind Sie schwanger? Ja Nein

Stillen Sie? Ja Nein

Haben Sie:

Vaginalausfluss dauernd Gebärmuttersenkung Myome/Zysten/Polypen

Zyklus: regelmässig unregelmässig Dauer der Blutungen in Tagen _____

Verhütung: Pille / Spirale / Hormonspritzen Anderes

zu frühe Menopause Operation(en)

Wechseljahresbeschwerden Hitzewallungen Hormonsubstitution

letzter gynäkologischer Arztbesuch: _____

MANN

Haben Sie das Gefühl:

dass Ihre Blase nach dem Wasserlassen nicht ganz entleert ist? Ja Nein

einen schwachen Strahl beim Wasserlassen zu haben? Ja Nein

dass Sie pressen oder sich anstrengen, um mit dem Wasserlassen anzufangen? Ja Nein

letzter urologischer Arztbesuch: _____

Es besteht eine Informationspflicht, wenn Sie eine dieser Infektions-Krankheiten bereits hatten:

Hepatitis Gonorrhoe HIV / Aids Syphilis

Tuberkulose Malaria Pfeiffersches Drüsenfieber Keuchhusten

andere Infektionskrankheiten

keine

(Erstelldatum: Februar 2024. Adaptiert nach Dr. med. Rainer Didier [2023].)