Liebe Patientin, lieber Patient,

für mich ist die gründliche Erhebung Ihres Gesundheitszustandes von großer Bedeutung. Mein Behandlungsansatz ist ganzheitlich, um mögliche Zusammenhänge und Ursachen für Gesundheitsstörungen zu erforschen.

Daher bin ich auf Ihre Mithilfe angewiesen. Je genauer und umfassender Ihre Informationen sind, umso besser kann ich mich auf Sie vorbereiten und desto besser ist die Basis auf der ich meine Diagnose erstellen kann.

Bitte füllen Sie den Fragebogen daher so ausführlich wie möglich aus und schicken mir den Fragebogen vor Ihrem Termin per Mail oder per Post zu.

Bitte bringen Sie zu Ihrem Termin folgender Unterlagen mit, falls vorhanden:

* Laborberichte
* Röntgenbilder/MRT/CT
* OP-Berichte
* Sonstige medizinische Unterlagen
* Gesundheitspässe (Impfpass, Allergiepass, Diabetiker-Pass , Bluthochdruck-Pass, Schrittmacher-Pass, Marcumar Pass, Schwerbehindertenausweis )

Mit den besten Wünschen für Ihre Gesundheit,

Cornelia Gaier-Kling

# Anamnese Persönliche Daten

Name, Vorname

Geburtsdatum (Tag.Monat.Jahr)

Geburtsort (Stadt, Land)

Derzeit ausgeübter Beruf

Geschlecht (w/m)?

## Kontaktdaten

Straße Haus-Nr.

PLZ Stadt

Festnetznummer

Mobil Telefonnummer

E-Mail

Bitte im Notfall kontaktieren:

Welche Beschwerden haben sie, weswegen kommen Sie zu mir?   
  
Seit wann sind die Beschwerden?   
  
Sind die Beschwerden schon früher aufgetreten? Wann?

Was haben Sie bereits dagegen unternommen?

Haben Sie aktuell Schmerzen? Auf einer Skala von 1-6 (1 kaum-keiner; 6 sehr stark-kaum auszuhalten)

Nehmen Sie Schmerzmittel ein (z.B. Aspirin, Paracetamol, etc.)?

Gab es einen Auslöser für Ihre Beschwerden? Z.B. Erkrankungen, Unfälle, Trauer, Kummer,

Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen beschreiben? (1 hervorragend – 6 sehr schlecht)

## Zu Ihrer Person

Wie groß sind Sie? (in cm)

Körpergewicht (in kg)

Taillenumfang (in cm)

Rauchen Sie? Anzahl Zigaretten/Tag

Welche Medikamente nehmen Sie derzeit ein?

Wie viel trinken Sie pro Tag und was?

Wie viel Alkohol trinken Sie?

Treiben Sie regelmäßig Sport? ((fast) jeden Tag - bis 4x die Woche – bis 2x die Woche – selten – nie);   
Welchen regelmäßigen Sport treiben Sie?

Sind Sie aktuell bei einem Facharzt/ bei Fachärzten in Behandlung?

Name:

Adresse:

Telefon:

Wie ist ihr Schlafverhalten? (Ein-, Durchschlafen, Träume)

Haben Sie Ein- und/oder Durchschlafstörungen?

Schwitzen Sie nachts stark?

Nehmen Sie Schlafmittel ein? Wenn ja, welches?

Sind Sie schon einmal operiert worden und wenn ja, wann und weshalb?

Gibt es Beschwerden beim Stuhlgang?

Wie oft haben Sie Stuhlgang?

Gibt es Auffälligkeiten beim Stuhlgang (z.B. hinsichtlich Farbe, Form, Konsistenz, Geruch)?

Gibt es Auflagerungen beim Stuhlgang (z.B. Blut)?

Kommt es zu häufigem Wechsel zwischen Durchfall und Verstopfung?

Nehmen Sie Abführmittel ein?

Gibt es Beschwerden beim Wasserlassen?

Wie oft müssen Sie täglich durchschnittlich Wasser lassen?

0 bis 3 Mal 4 bis 7 Mal öfter als 8 Mal

Gibt es Auffälligkeiten beim Wasserlassen (z.B. hinsichtlich Farbe, Menge, Geruch, Schaumbildung)?

Müssen Sie oft nachts mehr als einmal Wasser lassen?

Welche Allergien liegen vor? Bitte ankreuzen/nennen:

Heuschnupfen

Tierhaare

Hausstaub

Pollen

Milben

Medikamente(z.B. Aspirin)

Metalle

Nahrungsmittel:

Sonstige Allergien:

Haben Sie in der letzten Zeit ungewollt Gewicht zu- oder abgenommen (> 3 bis 4 Kilogramm)?

Wieviel? In welchem Zeitraum?

Leiden Sie unter Appetitlosigkeit?

Haben Sie auffällig großen Durst?

Haben Sie eine psychische Erkrankung oder wurde bei Ihnen schon einmal eine psychische Erkrankung festgestellt?

Leiden Sie unter Depression oder wurden bei Ihnen schon einmal Depressionen festgestellt?

## Familienvorgeschichte, bitte ankreuzen:

Welche Erkrankungen gab/gibt es in Ihrer Familie?

Bluthochdruck

Diabetes

Fettstoffwechselstörung

Herzinfarkt

Asthma

Lungenerkrankung

Erbkrankheiten

Krebs

## Soziales Umfeld

Auch Ihre Umwelt und Ihr soziales Umfeld haben einen erheblichen Einfluss auf Ihr Wohlbefinden. Daher hier einige Fragen dazu.

Wie ist Ihr Familienstand?

Wie viele Kinder haben Sie?

Haben Sie ein stabiles persönliches Umfeld (Freunde/Familienmitglieder, die Ihnen nahe stehen und in der Umgebung leben)?

Erhalten Sie Unterstützung bei der häuslichen Versorgung (z.B. ambulanter Dienst oder Essen auf Rädern)?

Welcher Beschäftigung gehen Sie zurzeit nach?

### Eigenes Interesse

Gerne würde ich noch von Ihnen erfahren, wie Sie auf meine Praxis aufmerksam geworden sind: Internet, Mundpropaganda, auf Empfehlung

sonstiges: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_