



## Fragebogen zum Ersttermin (Erwachsene)

Name: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_ Mobil-Telefon: \_\_\_\_\_

Gewicht \_\_\_\_\_ Größe \_\_\_\_\_ Blutgruppe \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Wurde ich empfohlen? \_\_\_\_\_ Familienstand/Kinder: \_\_\_\_\_

**Versicherung:**  gesetzlich versichert  Beihilfe/Post  
 zusatzversichert, bei \_\_\_\_\_ mit bis zu \_\_\_\_\_ € jährlich

privat versichert, bei \_\_\_\_\_ Tarif: \_\_\_\_\_

### Anleitung

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen so genau wie möglich aus. Bei den Beispielen genügt es, wenn Sie Zutreffendes unterstreichen. Ansonsten mit eigenen Worten beschreiben. Bitte nehmen Sie sich für die Beantwortung der Fragen ausreichend Zeit.

**Was ist Ihr Wunsch an mich, was ist Ihr Ziel?** \_\_\_\_\_

**Gab es ein „Ereignis“ vor dem ersten Auftreten Ihrer jetzigen Beschwerden?** (z.B. eine Reise, eine Erkrankung, Kummer, Trauer, Schreck, eine Operation, Medikamente, usw.)

**Welche Krankheiten sind Ihnen in Ihrer Familie bekannt?** (Eltern, Großeltern und Geschwister)  
z.B. Allergien, Asthma, Bluthochdruck, chronisches Müdigkeitssyndrom (CFS), Depression, Diabetes mellitus, Gallensteine, Gicht, Herzkrankheiten, (Brust-)Krebs, Migräne, Neurodermitis, Nierensteine, Rheuma, Schilddrüsenstörungen, Hashimoto, Morbus Basedow, Schlaganfall, Suizid oder andere:

**Hatten Sie eine Infektionskrankheit?** Wenn ja, welche \_\_\_\_\_ wann? \_\_\_\_\_

---

**Haben Sie Allergien?**

Heuschnupfen / Pollen / Gräser \_\_\_\_\_

Nahrungsmittelunverträglichkeiten / wenn ja, welche \_\_\_\_\_

**Empfindlichkeit gegen Licht, Lärm oder Stress?**  nein  ja, gegen \_\_\_\_\_

---

**Leiden Sie unter Kopfschmerzen?**  nein  ja  Migräne

Falls ja (*bitte unterstreichen*): häufig – selten - Stirn-Augen-Schläfen-Hinterhauptregion - morgens – abends –hormonell bedingt - Wochenende - halbseitig - links - rechts – beidseitig

**Haarausfall?**  nein  ja, dann bitte beschreiben \_\_\_\_\_

**Zähne/ Kiefer**

Haben Sie Amalgam-Füllungen?  nein  ja Wurden diese entfernt?  nein  ja

Parodontose, Zahnwurzelbehandlungen, Wurzelspitzenresektion, Implantate etc.

**Zahnfüllmaterialien**  Amalgam  Kunststoff  Gold  Keramik

**Schilddrüse** Überfunktion (Morbus Basedow) – Unterfunktion (Hashimoto) – kalte / heiße Knoten – Vergrößerung – Operation – Resektion – Herzrasen – Herzrhythmusstörungen – Herzstolpern

**Galle** Gallensteine – Koliken – Operation – Resektion – Druck im Oberbauch – Fettunverträglichkeit

**Magen** Völlegefühl – Sodbrennen – Gastritis – Appetitlosigkeit – Fleischunverträglichkeit

**Darm** Infektionen – Hämorrhoiden – Morbus Crohn – Colitis ulcerosa – Divertikel – Blinddarm-OP Reizdarm – Blähungen – Blähbauch – eher Verstopfung – eher Durchfall – Heißhunger auf Süß

**Stuhlgang**  täglich  jeden 2./3./4. Tag  unregelmäßig  Abführmittel \_\_\_\_\_

**Stuhlbeschreibung** hell – dunkel – übel riechend – hart – knollig – weich – schmierig – pastös – klebt an der Schüssel - kann Stuhl nicht halten – explosionsartig – Gefühl, nicht fertig zu werden – Stuhl ist wechselhaft – Heißhunger auf Süß

**Bewegungsapparat**

**Arme** Taubheitsgefühl – Kribbeln - kalte Hände – (Muskel-) Schmerzen? Wenn ja, wo? \_\_\_\_\_

---

**Beine** Krampfadern, Operationen, Verletzungen – kalte Füße – Taubheitsgefühl – Kribbeln  
Schmerzen? Wenn ja, wo?

---

**Rücken** Beweglichkeit – Belastungen – Verspannungen Schmerzen  nein  ja Wenn ja, wo?

---

**Haut/Nägel** Hautjucken – Hautausschlag – Akne – Warzen – Pilze – Furunkel – eingewachsene Nägel  
– Nagelbett-Entzündung – brüchige Fingernägel

**Haben Sie Narben?** (durch OP oder Verletzungen)  nein  ja (*bitte beim Termin zeigen*)

**Gynäkologie** Ausfluss – Ausschabungen – trockene Vaginalschleimhaut – Fehlgeburten – Zysten  
Myome – KLAS (keine Lust auf Sex) – Gebärmutterresektion – Ovariektomie

Wann war die erste Blutung \_\_\_\_\_ wann die letzte \_\_\_\_\_ Zykluslänge \_\_\_\_\_ Tage

Beschwerden vor – während – nach der Regel? \_\_\_\_\_

Klimakterische Beschwerden \_\_\_\_\_

**Nehmen Sie Verhütungsmittel?**  nein  ja – welche? \_\_\_\_\_

**Prostata** vergrößert – Entzündung – Beschwerden beim Wasserlassen – Operation – Resektion

**Niere/Blase** Nierensteine – Entzündungen – Entleerungsstörung – häufiges Wasserlassen

**Harn** viel – wenig – häufig – brennt – kann ihn nicht halten – geteilter Harnstrahl – tröpfelt nach

### Allgemeine Angaben:

**Trinken Sie Alkohol?**  nein  ja Wie viel? \_\_\_\_\_

**Vertragen Sie Alkohol?**  nein  ja

**Rauchen Sie?**  nein  ja, pro Tag ca. \_\_\_\_\_ Stück

**Leben Sie nach bestimmten Ernährungsrichtlinien?** \_\_\_\_\_

**Wie viel Liter und was trinken Sie pro Tag?** \_\_\_\_\_

**Nehmen Sie Zuckerersatzstoffe zu sich?**  nein  ja Welche? \_\_\_\_\_

**Treiben Sie Sport?**  nein  ja Welchen? \_\_\_\_\_ Wie oft? \_\_\_\_\_

**Schlaf** Schlaflosigkeit – häufiges Erwachen (um \_\_\_\_\_) – Schwierigkeiten beim Einschlafen  
Sprechen im Schlaf – Unruhe in den Beinen – Nachtschweiße – heiße, brennende Füße – Zähneknirschen – nächtliches Herzrasen – nächtlicher Gedankenandrang

**Schlafzeit** übliches Zubettgehen um ca. \_\_\_\_\_ Uhr übliches Aufstehen um ca. \_\_\_\_\_ Uhr

**Fühlen Sie sich morgens ausgeruht und ausgeschlafen?**  nein  ja

**Sind Sie körperlich und geistig belastbar?**  nein  ja

**Schmerzfragen (nur wenn Sie Schmerzen haben):**

**Wo treten Schmerzen auf?** \_\_\_\_\_

**Wie intensiv ist der Hauptschmerz?**

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
schwach			mittel				sehr stark		

**Seit wann haben Sie die Schmerzen?** \_\_\_\_\_

**Gab es ein auslösendes Ereignis?** \_\_\_\_\_

**Wie oft haben Sie Schmerzen?** Immer – mehrmals am Tag – alle paar Tage – wöchentlich – seltener

**Wie ist das Schmerzempfinden?** Ziehend – brennend – stechend – klopfend – drückend – reißend

kolikartig – krampfend – dumpf – beengend - bohrend

**Wodurch verschlimmert sich der Schmerz?**

\_\_\_\_\_

**Wodurch verbessert sich der Schmerz?**

\_\_\_\_\_

**Gibt es noch andere Symptome zum Schmerz?** Hautrötung – Schwellung – Bewegungseinschränkung  
Berührungsempfindlichkeit – Seh- oder Hörstörungen – Gangunsicherheit – Muskelschwäche –  
Schwindel – Sonstiges \_\_\_\_\_

**Wie wurden die Schmerzen bisher behandelt?** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit ein?** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

*(Bitte auch Nahrungsergänzungsmittel angeben)*

**Chronologie der Krankengeschichte**

Bitte erfassen Sie hier Ihre bisherigen Erkrankungen und Operationen, die Sie durchgemacht haben.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Bitte bringen Sie den Fragebogen ausgefüllt zu unserem ersten Gespräch mit.

**Bitte beachten Sie**, dass es aufgrund der neuen Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) nicht mehr zulässig ist, den ausgefüllten Fragebogen vorab als Email an unsere Praxis zu senden!

**Vielen Dank!**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift *(erst nach unserem Erstgespräch)*