

## Anamnese-Fragebogen

Datum:

Name:

Geburtsdatum:

Beruf:

Adresse:

Telefon:

E-Mail Adresse:

Größe:

Gewicht:

Haarfarbe:

Familienstand:

Kinder:

Alter der Eltern:

(Mutter)

(Vater)

Krankenkasse:

Beihilfe: ja / nein

Sonstiges:

*Bitte füllen sie nur das aus, was sie sicher wissen.*

**Senden Sie den Fragebogen bis spätestens 3 Tage vor Behandlungsbeginn an:**

Heilpraxis Meiken Möller · Pinneberger Straße 12 · 25451 Quickborn  
Tel.: 0 41 06 - 642 98 98 · info@meikenmoeller.de · www.meikenmoeller.de

## 1. UNTER WELCHEN BESCHWERDEN LEIDEN SIE?

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

Seit wann? .....

Zu welcher Zeit? .....

Wodurch besser? .....

Wodurch schlechter? .....

## 2. WORAN WAREN SIE ERKRANKT?

### In der Kindheit bis ca. zum 12. Lebensjahr:

- |   |   |                                   |
|---|---|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Bronchitis       | <input type="checkbox"/> Nasennebenhöhlenentzündung | <input type="checkbox"/> Furunkel |
| <input type="checkbox"/> Erkältung        | <input type="checkbox"/> Kieferhöhlenvereiterung    | <input type="checkbox"/> Ekzem    |
| <input type="checkbox"/> Ohrenentzündung  | <input type="checkbox"/> Stirnhöhlenvereiterung     | <input type="checkbox"/> Warzen   |
| <input type="checkbox"/> Mandelentzündung | <input type="checkbox"/> Hauterkrankung             | <input type="checkbox"/> Herpes   |
| <input type="checkbox"/> Kopfschmerz      | <input type="checkbox"/> Blasenentzündung           |                                   |

sowie .....

Welche Krankheiten waren besonders häufig? .....

.....

### In der Pubertät:

- |   |   |                                   |
|---|---|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Bronchitis       | <input type="checkbox"/> Nasennebenhöhlenentzündung | <input type="checkbox"/> Furunkel |
| <input type="checkbox"/> Erkältung        | <input type="checkbox"/> Kieferhöhlenvereiterung    | <input type="checkbox"/> Ekzem    |
| <input type="checkbox"/> Ohrenentzündung  | <input type="checkbox"/> Stirnhöhlenvereiterung     | <input type="checkbox"/> Warze    |
| <input type="checkbox"/> Mandelentzündung | <input type="checkbox"/> Hauterkrankung             | <input type="checkbox"/> Herpes   |
| <input type="checkbox"/> Kopfschmerz      | <input type="checkbox"/> Blasenentzündung           |                                   |

sowie .....

Welche Krankheiten waren besonders häufig? .....

.....

### In den letzten drei Jahren:

.....

.....

### 3. SIE SIND ALLERGISCH GEGEN:

- .....
- |                                 |                                   |   |  |
|---------------------------------|-----------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> Gold   | <input type="checkbox"/> Hunde    | <input type="checkbox"/> Äpfel          | <input type="checkbox"/> Nüsse                     |
| <input type="checkbox"/> Silber | <input type="checkbox"/> Pferde   | <input type="checkbox"/> Erdbeeren      | <input type="checkbox"/> Milch und Milchprodukte   |
| <input type="checkbox"/> Nickel | <input type="checkbox"/> Pollen   | <input type="checkbox"/> Bienen/ Wespen | <input type="checkbox"/> Eiweiß und Eiweißprodukte |
| <input type="checkbox"/> Staub  | <input type="checkbox"/> Getreide | <input type="checkbox"/> Sonne          |  |
| <input type="checkbox"/> Katzen | <input type="checkbox"/> Gräser   | <input type="checkbox"/> Medikamente    | <i>Weitere Lebensmittel siehe Punkt 45</i>         |

### 4. WELCHE KINDER- BZW. INFektionsKRANKHEITEN HATTEN SIE?

- .....
- |                                     |                                      |                                    |   |
|-------------------------------------|--------------------------------------|------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Masern     | <input type="checkbox"/> Tetanus     | <input type="checkbox"/> Gelbsucht | <input type="checkbox"/> Pfeiffersches Drüsenfieber |
| <input type="checkbox"/> Mumps      | <input type="checkbox"/> Paratyphus  | <input type="checkbox"/> Grippe    | <input type="checkbox"/> Kinderlähmung (Polio)      |
| <input type="checkbox"/> Röteln     | <input type="checkbox"/> Keuchhusten | <input type="checkbox"/> Struma    |   |
| <input type="checkbox"/> Windpocken | <input type="checkbox"/> Scharlach   |                                    | <input type="checkbox"/> <i>Sonstige:</i>           |
- .....

### 5. AN WELCHEN ERKRANKUNGEN LEIDEN/LITTEN SIE ALS ERWACHSENER MEHRMALS, REZIDIVIEREND ODER CHRONISCH?

- .....
- |   |   |                                      |
|---|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Bronchitis       | <input type="checkbox"/> Nasennebenhöhlenentzündung | <input type="checkbox"/> Furunkel    |
| <input type="checkbox"/> Erkältung        | <input type="checkbox"/> Kieferhöhlenvereiterung    | <input type="checkbox"/> Ekzem       |
| <input type="checkbox"/> Ohrenentzündung  | <input type="checkbox"/> Stirnhöhlenvereiterung     | <input type="checkbox"/> Warzen      |
| <input type="checkbox"/> Mandelentzündung | <input type="checkbox"/> Hauterkrankung             | <input type="checkbox"/> Herpes      |
| <input type="checkbox"/> Kopfschmerz      | <input type="checkbox"/> Blasenentzündung           | <input type="checkbox"/> Krampfadern |

weiterhin: .....

### 6. WELCHE SCHWEREN BZW. ORGANERKRANKUNGEN HATTEN SIE?

- .....
- |  |  |   |  |
|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Kopf          | <input type="checkbox"/> Lunge                   | <input type="checkbox"/> Herz und Kreislauf | <input type="checkbox"/> Diabetes 1        |
| <input type="checkbox"/> Augen         | <input type="checkbox"/> Asthma                  | <input type="checkbox"/> Gefäßerkrankung    | <input type="checkbox"/> Diabetes 2        |
| <input type="checkbox"/> Ohren         | <input type="checkbox"/> Magen                   | <input type="checkbox"/> Schilddrüse        | <input type="checkbox"/> Galle             |
| <input type="checkbox"/> Nase          | <input type="checkbox"/> <i>Gastritis</i>        | <input type="checkbox"/> Lymphdrüsen        | <input type="checkbox"/> Gallenentzündung  |
| <input type="checkbox"/> <i>Anämie</i> | <input type="checkbox"/> Magengeschwür           | <input type="checkbox"/> Leber              | <input type="checkbox"/> Gallenstein       |
| <input type="checkbox"/> Herzinfarkt   | <input type="checkbox"/> Darm                    | <input type="checkbox"/> Hypothyreose       | <input type="checkbox"/> Niere             |
| <input type="checkbox"/> Schlaganfall  | <input type="checkbox"/> <i>Colitis ulcerosa</i> | <input type="checkbox"/> Hyperthyreose      | <input type="checkbox"/> Nierenentzündung  |
| <input type="checkbox"/> Thrombose     | <input type="checkbox"/> <i>Morbus Crohn</i>     | <input type="checkbox"/> Bauchspeicheldrüse | <input type="checkbox"/> Nierenstein       |
| <input type="checkbox"/> Blase         | <input type="checkbox"/> Wirbelsäule             | <input type="checkbox"/> Nägel              | <input type="checkbox"/> Äußere Genitalien |
| <input type="checkbox"/> Knochen       | <input type="checkbox"/> Lumbago                 | <input type="checkbox"/> Geschwüre          | <input type="checkbox"/> Gebärmutter       |
| <input type="checkbox"/> Gelenke       | <input type="checkbox"/> Muskeln                 | <input type="checkbox"/> Krebs              | <input type="checkbox"/> Eierstöcke        |
| <input type="checkbox"/> Rheumatismus  | <input type="checkbox"/> Haut                    | <input type="checkbox"/> Nerven             | <input type="checkbox"/> Prostata          |
| <input type="checkbox"/> Gicht         | <input type="checkbox"/> Haare                   | <input type="checkbox"/> Gemüt              |  |

weiterhin: .....

## 7. WELCHE KRANKHEITEN IN IHRER FAMILIE (DIREKTE VERWANDTE) SIND IHNEN BEKANNT?

- |                                     |   |                                       |  |
|-------------------------------------|---|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Gicht      | <input type="checkbox"/> Herzerkrankung | <input type="checkbox"/> Nierensteine | <input type="checkbox"/> Geschlechtskrankheit      |
| <input type="checkbox"/> Diabetes   | <input type="checkbox"/> Schlaganfall   | <input type="checkbox"/> Rheumatismus | <input type="checkbox"/> Psychiatrische Erkrankung |
| <input type="checkbox"/> Bronchitis | <input type="checkbox"/> Gefäßkrankheit | <input type="checkbox"/> Gallensteine |  |
| <input type="checkbox"/> Asthma     | <input type="checkbox"/> Krebs          |                                       | <input type="checkbox"/> <i>Sonstige:</i>          |
- .....

## 8. HATTEN SIE HAUTAUSCHLÄGE ODER KRANKHEITEN MIT AUSSCHLÄGEN?

- ja                       nein

Wenn ja, welche? .....

Wo? .....

## 9. WELCHE VERLETZUNGEN HATTEN SIE?

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Geburtsverletzung   | <input type="checkbox"/> Knochenbruch                | <input type="checkbox"/> Verbrennung      |
| <input type="checkbox"/> Gehirnerschütterung | <input type="checkbox"/> Schock infolge von Unfällen |   |
| <input type="checkbox"/> Schock              | <input type="checkbox"/> Schleudertrauma             | <input type="checkbox"/> <i>Sonstige:</i> |

Genauere Angaben: .....

.....

## 10. WELCHE SONSTIGEN OPERATIONEN WURDEN DURCHGEFÜHRT?

- |                                      |  |                                       |   |
|--------------------------------------|--|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Kopf        | <input type="checkbox"/> Kiefer        | <input type="checkbox"/> Magen        | <input type="checkbox"/> Prostata         |
| <input type="checkbox"/> Augen       | <input type="checkbox"/> Kieferhöhlen  | <input type="checkbox"/> Darm         | <input type="checkbox"/> Blase            |
| <input type="checkbox"/> Ohren       | <input type="checkbox"/> Zahnsanierung | <input type="checkbox"/> Blinddarm    | <input type="checkbox"/> Gebärmutter      |
| <input type="checkbox"/> Nase        | <input type="checkbox"/> Kropf         | <input type="checkbox"/> Bruch/Hernie | <input type="checkbox"/> Hämorrhoiden     |
| <input type="checkbox"/> Stirnhöhlen | <input type="checkbox"/> Herz          | <input type="checkbox"/> Gallenblase  | <input type="checkbox"/> Krampfadern      |
| <input type="checkbox"/> Mandeln     | <input type="checkbox"/> Lunge         | <input type="checkbox"/> Niere        | <input type="checkbox"/> <i>Sonstige:</i> |

Genauere Angaben: .....

.....

.....

**11. HATTEN SIE UNMITTELBAR VOR IHREN JETZIGEN BESCHWERDEN EINE ERKRANKUNG, OPERATION ODER MEDIKAMENTÖSE BEHANDLUNG?**

- ja  nein

Wenn ja, welche? .....

.....

**12. GAB ES EINE STARKE EMOTIONALE BELASTUNG, BEVOR IHRE BESCHWERDEN BEGANNEN?**

- ja  nein

Wenn ja, welche? .....

.....

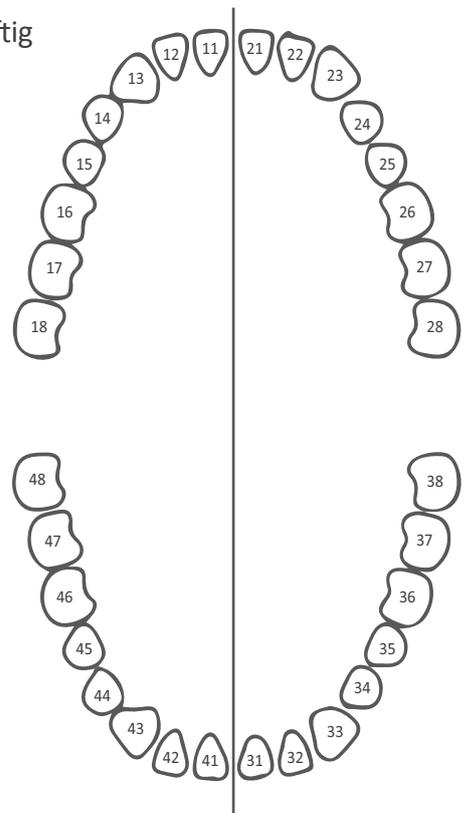
**13. IHRE ZÄHNE SIND ...**

.....

.....

- unsaniert und gesund  unsaniert aber sanierungsbedürftig  
 saniert  kariös mit Beschwerden  
 saniert mit Wurzelfüllungen  kariös ohne Beschwerden

<b>Oberkiefer rechts 1</b>											<b>Oberkiefer links 2</b>										
18	17	16	15	14	13	12	11		21	22	23	24	25	26	27	28					
R -----											L										
48	47	46	45	44	43	42	41		31	32	33	34	35	36	37	38					
<b>Unterkiefer rechts 4</b>											<b>Unterkiefer links 3</b>										



**Hauptbetroffene Zähne bitte kennzeichnen:**  
**O = saniert / Z = zerstört / U = unsaniert / F = Fehlstellung**  
 oder Zahnbefund (vom behandelnden Zahnarzt anfordern) beifügen

**14. IHR ZAHNERSATZ BESTEHT / BESTAND AUS ...**

- Keramik                       Gold                                       Amalgam                                       Amalgam, bis es ausgetauscht wurde.

**15. IHRE ZAHNPROBLEME ÄUSSERN SICH HAUPTSÄCHLICH IN ...**

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Zahnfleischrötung     | <input type="checkbox"/> fauliger Zahngeruch      | <input type="checkbox"/> Kieferschmerz    |
| <input type="checkbox"/> Zahnfleischentzündung | <input type="checkbox"/> Herausfallen von Plomben | <input type="checkbox"/> Augenschmerz     |
| <input type="checkbox"/> Zahnstein             | <input type="checkbox"/> Kopfschmerz              | <input type="checkbox"/> Ohrenschmerz     |
| <input type="checkbox"/> Drüsenentzündung      | <input type="checkbox"/> Rheumatische Entzündung  | <input type="checkbox"/> <i>Sonstige:</i> |

**In folgendem Kieferbereich/en:**

- rechts oben                       links oben                                       rechts unten                                       links unten

**16. HABEN SIE PROBLEME AM ARBEITSPLATZ BZW. MIT KOLLEGEN ODER MIT IHRER TÄTIGKEIT?**

- ja                                       nein

Wenn ja, welche? .....

**17. ZU WELCHER TAGES-/ NACHTZEIT FÜHLEN SIE SICH IM ALLGEMEINEN ...**

am aktivsten: .....

am schlechtesten: .....

**18. ZU WELCHER JAHRESZEIT FÜHLEN SIE SICH IM ALLGEMEINEN ...**

am aktivsten: .....

am schlechtesten: .....

**19. WIE SCHLAFEN SIE?**

- |                                       |  |  |   |
|---------------------------------------|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> gut          | <input type="checkbox"/> mit Aufschreien | <input type="checkbox"/> auf dem Bauch   | <input type="checkbox"/> zugedeckt            |
| <input type="checkbox"/> schlecht     | <input type="checkbox"/> mit Reden       | <input type="checkbox"/> linke Seite     | <input type="checkbox"/> aufgedeckt           |
| <input type="checkbox"/> schlecht ein | <input type="checkbox"/> hoch liegend    | <input type="checkbox"/> rechte Seite    | <input type="checkbox"/> kalte Füße           |
| <input type="checkbox"/> nicht durch  | <input type="checkbox"/> flach liegend   | <input type="checkbox"/> ausgestreckt    | <input type="checkbox"/> Füße herausgestreckt |
| <input type="checkbox"/> unruhig      | <input type="checkbox"/> auf dem Rücken  | <input type="checkbox"/> zusammengerollt | <input type="checkbox"/> mit Zähne knirschen  |

## 20. HABEN SIE HÄUFIGER SCHWERE ODER INTENSIVE TRÄUME?

- ja  nein

Wenn ja, welche? .....

- |                                     |   |  |  |
|-------------------------------------|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Unfall     | <input type="checkbox"/> Verlust        | <input type="checkbox"/> Treppe          | <input type="checkbox"/> von Erfolg                |
| <input type="checkbox"/> Verfolgung | <input type="checkbox"/> Krieg          | <input type="checkbox"/> Tiere           | <input type="checkbox"/> von Misserfolg            |
| <input type="checkbox"/> Verletzung | <input type="checkbox"/> Feuer          | <input type="checkbox"/> Stress / Druck  | <input type="checkbox"/> erotische Träume          |
| <input type="checkbox"/> Fallen     | <input type="checkbox"/> Wasser         | <input type="checkbox"/> von viel Arbeit | <input type="checkbox"/> mit wiederholten Inhalten |
| <input type="checkbox"/> unruhig    | <input type="checkbox"/> auf dem Rücken | <input type="checkbox"/> zusammengerollt | <input type="checkbox"/> <i>Sonstige:</i>          |

## 21. KONDITIONIERUNG

- Rechtshänder  Linkshänder  beidhändig  „umerzogener“ Linkshänder

## 22. ÄNGSTE UND BEFÜRCHTUNGEN

- |  |                                     |   |  |
|--|-------------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> Prüfungsangst | <input type="checkbox"/> Flugangst  | <input type="checkbox"/> Angst vor Hunden | <input type="checkbox"/> Angst vor Pferden |
| <input type="checkbox"/> Lampenfieber  | <input type="checkbox"/> Höhenangst | <input type="checkbox"/> Angst vor Katzen | <input type="checkbox"/> Angst vor Spinnen |

## 23. BESONDERES AUS IHRER KINDHEIT

Mein schönstes Erlebnis: .....

Mein schlimmstes Erlebnis: .....

## 24. WIE VERSTEHEN / VERSTANDEN SIE SICH MIT IHREN ELTERN?

**25. ZU WELCHEM ELTERNTEIL HABEN SIE EINE BESSERE BEZIEHUNG?**

.....  
.....

**26. SIND SIE MIT BEIDEN ELTERNTEILEN AUFGEWACHSEN?**

- ja                       nein

Wenn nein, mit wem, ab wann? .....

.....

**27. WAS FÄLLT IHNEN ZU IHREN ELTERN EIN?**

Mutter: .....

.....

Vater: .....

.....

**28. WIE VERSTANDEN SIE SICH IN DER KINDHEIT MIT IHREN ELTERN UND GESCHWISTERN BZW. WIE FÜHLTEN SIE SICH?**

- die Beziehungen innerhalb der Familie waren größtenteils harmonisch

Ich fühlte mich: .....

.....

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> glücklich                                    | <input type="checkbox"/> geliebt          | <input type="checkbox"/> mit großer Güte behandelt                       |
| <input type="checkbox"/> unterstützt                                  | <input type="checkbox"/> verstanden       | <input type="checkbox"/> streng, aber gerecht behandelt                  |
| <input type="checkbox"/> geborgen                                     | <input type="checkbox"/> angenommen       | <input type="checkbox"/> manchmal zu streng behandelt                    |
| <input type="checkbox"/> einsam                                       | <input type="checkbox"/> vernachlässigt   | <input type="checkbox"/> manchmal ungerecht behandelt                    |
| <input type="checkbox"/> ausgenutzt                                   | <input type="checkbox"/> nicht angenommen | <input type="checkbox"/> manchmal nicht ernst genommen                   |
| <input type="checkbox"/> man hörte mir manchmal nicht zu              |   | <input type="checkbox"/> ich wünschte meine Eltern wären anders gewesen  |
| <input type="checkbox"/> in geschwisterlicher Konkurrenz als „Sieger“ |   | <input type="checkbox"/> in geschwisterlicher Konkurrenz als „Verlierer“ |

**29. GAB ES SCHON EINEN STERBEFALL UNTER IHREN NAHEN VERWANDTEN?**

- ja                       nein

Wenn ja, welche Person und wodurch? .....

.....

.....

### 30. SCHWERMETALL- UND UMWELTBELASTUNG

- in der Kindheit       in der Jugend       seit langer Zeit       derzeit

Die Belastungen resultieren hauptsächlich aus: .....

- Metallindustrie       Chemieindustrie       Atomindustrie       Industrieabgase  
 Autoabgase       Elektrosmog       Lärm       Feinstaub  
 Bergbau- und Hüttenindustrie       Steinzeug- und Keramikindustrie  
 Schwermetallindustrie       Allgemeines Ballungsgebiet

### 31. WIE VERSTEHEN SIE SICH MIT IHREM PARTNER/IN BZW. WELCHE KONFLIKTE SIND TYPISCH FÜR IHRE BEZIEHUNG?

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

### 32. WELCHE ART WÄRME VERTRAGEN SIE NICHT?

- Sonne       extreme Sommerhitze       Heizungswärme       heiße Bäder

Sonstiges: .....

.....

### 33. WELCHE ART KÄLTE VERTRAGEN SIE NICHT?

- trockene Kälte       feuchte Kälte       windige Kälte       kalte Umschläge

Sonstiges: .....

.....

### 34. FRIEREN SIE LEICHT ODER IST IHNEN EHER WARM?

.....

.....

.....

### 35. SCHWITZEN SIE?

aufsteigend

absteigend

- .....
- .....
- |   |  |  |   |
|---|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> warmer Schweiß | <input type="checkbox"/> am Kopf           | <input type="checkbox"/> bei Aufregung | <input type="checkbox"/> bei Erschöpfung                                |
| <input type="checkbox"/> kalter Schweiß | <input type="checkbox"/> an den Füßen      | <input type="checkbox"/> bei Fieber    | <input type="checkbox"/> unangenehm riechend                            |
| <input type="checkbox"/> selten         | <input type="checkbox"/> an den Händen     | <input type="checkbox"/> tagsüber      | <input type="checkbox"/> säuerlich riechend                             |
| <input type="checkbox"/> leicht         | <input type="checkbox"/> auf der Brust     | <input type="checkbox"/> abends        | <input type="checkbox"/> (Wäsche) hell verfärbend/<br>dunkel verfärbend |
| <input type="checkbox"/> stark          | <input type="checkbox"/> unter den Achseln | <input type="checkbox"/> nachts        |   |
| <input type="checkbox"/> häufig         | <input type="checkbox"/> im Gesicht        | <input type="checkbox"/> im Schlaf     |   |
| <input type="checkbox"/> plötzlich      | <input type="checkbox"/> im Nacken         | <input type="checkbox"/> beim Essen    | <input type="checkbox"/> <i>Sonstige:</i>                               |

### 36. WIE IST IHRE WÄRMEREGULATION?

- |   |   |  |  |
|---|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> häufig kalte Hände | <input type="checkbox"/> frostig          | <input type="checkbox"/> innere Kälte          | <input type="checkbox"/> erhöhte Temperatur      |
| <input type="checkbox"/> häufig kalte Füße  | <input type="checkbox"/> hitzig           | <input type="checkbox"/> gelegentlich frösteln | <input type="checkbox"/> niemals / selten Fieber |
| <input type="checkbox"/> meist warme Hände  | <input type="checkbox"/> Hitzewallungen   | <input type="checkbox"/> Schüttelfrost         |  |
| <input type="checkbox"/> meist warme Füße   | <input type="checkbox"/> Schweißausbrüche | <input type="checkbox"/> häufig hohes Fieber   | <input type="checkbox"/> <i>Sonstige:</i>        |
- .....
- .....

### 37. SIND SIE WETTEREMPFLINDLICH?

ja, gegen ...

nein

- |  |                                   |                                |                                  |
|--|-----------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Wetterwechsel | <input type="checkbox"/> Regen    | <input type="checkbox"/> Nebel | <input type="checkbox"/> Schnee  |
| <input type="checkbox"/> Wind/Sturm    | <input type="checkbox"/> Gewitter | <input type="checkbox"/> Föhn  | <input type="checkbox"/> Zugluft |

Sonstiges: .....

### 38. SIND SIE SEHR DRUCKEMPFLINDLICH?

ja, gegen ...

nein

- |                                     |   |                                    |  |
|-------------------------------------|---|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Hartliegen | <input type="checkbox"/> Anschlagen       | <input type="checkbox"/> Massieren | <input type="checkbox"/> enge Kleidung |
| <input type="checkbox"/> Hals       | <input type="checkbox"/> Brust            | <input type="checkbox"/> Taille    | <input type="checkbox"/> Hände         |
| <input type="checkbox"/> Füße       | <input type="checkbox"/> Geschlechtsteile | <input type="checkbox"/> Gelenke   | <input type="checkbox"/> Wunden        |

Sonstiges: .....

**39. WIRD IHNEN LEICHT SCHWINDELIG?**

ja

nein

Wenn ja, wann bzw. wodurch? .....

**40. WIE IST IHR APPETIT IM ALLGEMEINEN?**

am stärksten:

morgens

mittags

abends

am schwächsten:

morgens

mittags

abends

**41. WIE FÜHLEN SIE SICH ...**

vor dem Essen: .....

beim Essen: .....

nach dem Essen: .....

**42. LEIDEN SIE HÄUFIGER UNTER ...**

Übelkeit / Erbrechen

Aufstoßen

Magendruck

Blähungen

Bauchweh

Sodbrennen

Magenschmerzen

Durchfall

Wann treten die Beschwerden auf? .....

**43. WIE IST IHR DURST / TRINKBEDÜRFNIS IM ALLGEMEINEN?**

normal

viel / groß

warm

bei Fieber

besonders nachts

wenig / gering

kalt

Sonstige:

**44. WIE IST IHR DURST / TRINKBEDÜRFNIS NACH KÖRPERLICHER AKTIVITÄT?**

normal

viel / groß

warm

besonders nachts

wenig / gering

kalt

Sonstige:

## 45. LEBENSMITTEL: VERLANGEN UND VERTRÄGLICHKEIT

Besonderes Verlangen (V)

Abneigung (A)

Unverträglichkeit (U)

Süßes	.....	Kohl	.....	Eier	.....
Saures	.....	Hülsenfrüchte	.....	Fisch	.....
Fettiges	.....	Tomaten	.....	Meeresfrüchte	.....
Scharfes	.....		.....	Austern	.....
Schokolade	.....	Brot	.....	Schwein	.....
Obst allgemein	.....	Helle Brotsorten	.....	Rind	.....
Erdbeeren	.....	Dunkle Brotsorten	.....	Lamm	.....
Äpfel	.....		.....	Huhn	.....
Bananen	.....	Nudeln	.....	Pute	.....
Orangen	.....	Reis	.....		.....
Exoten	.....		.....	Kaffee	.....
	.....	Kuchen	.....	Tee	.....
Kartoffeln	.....	Milch	.....	Alkohol	.....
Salate	.....	Butter	.....	Rotwein	.....
Gemüse	.....	Sahne	.....	Weißwein	.....
Zwiebeln	.....	Käse	.....	Bier	.....
Knoblauch	.....	Mayonnaise	.....	Nikotin	.....

## 46. WANN UND WIE IST IHR STUHLGANG?

- täglich  normal  Verstopfung  
 jeden \_\_\_\_. Tag  Hämorrhoiden  Durchfall  Sonstige:

## 47. WIE IST IHRE HARNENTLEERUNG?

- normal  sehr hell  sehr dunkel  stark riechend  
 normal  schnell  langsam  Blasenschwäche  
 Blasenschwäche bereits beim Lachen  Blasenschwäche bereits beim Husten  
 Konsistenz normal  Konsistenz schwerflüssig

## 48. WAREN SIE IN DER LETZTEN ZEIT RÖNTGENSTRAHLUNG AUGESETZT?

- ja  nein

Wenn ja, warum? .....

#### 49. WELCHE IMPFUNGEN HABEN SIE BEKOMMEN?

*(Bitte Impfdokument bereithalten, oder Kopie beilegen)*

- |  |                                       |   |   |
|--|---------------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> Diphtherie    | <input type="checkbox"/> Hepatitis A  | <input type="checkbox"/> Hirnhautentzündung | <input type="checkbox"/> DTP-Dreifachimpfung  |
| <input type="checkbox"/> Tetanus       | <input type="checkbox"/> Hepatitis B  | <input type="checkbox"/> FSME (Zecken)      | <input type="checkbox"/> DTPP-Vierfachimpfung |
| <input type="checkbox"/> Keuchhusten   | <input type="checkbox"/> Masern       | <input type="checkbox"/> Gelbfieber         | <input type="checkbox"/> Fünffachimpfung      |
| <input type="checkbox"/> Kinderlähmung | <input type="checkbox"/> Mumps        | <input type="checkbox"/> Grippe             | <input type="checkbox"/> Sechsfachimpfung     |
| <input type="checkbox"/> Tuberkulose   | <input type="checkbox"/> Röteln       | <input type="checkbox"/> Windpocken         | <input type="checkbox"/>                      |
| <input type="checkbox"/> Typhus        | <input type="checkbox"/> MaMuRö-Kombi | <input type="checkbox"/> Malaria-Vorsorge   | <input type="checkbox"/> <i>Sonstige:</i>     |

#### COVID-19 Impfung

- |  |                                  |                                      |  |
|--|----------------------------------|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> BioNTech Pfizer | <input type="checkbox"/> Moderna | <input type="checkbox"/> AstraZeneca | <input type="checkbox"/> Johnson & Johnson |
|--|----------------------------------|--------------------------------------|--|

#### 50. WELCHE DIAGNOSEN UND BEFUNDE LIEGEN VOR?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

*Bitte gegebenenfalls Befunde beifügen.*

#### 51. WELCHE MEDIKAMENTE HABEN SIE IN DER LETZTEN ZEIT EINGENOMMEN ODER NEHMEN SIE DERZEIT EIN?

.....

.....

.....

.....

#### 52. WELCHE BESONDEREN PHYSIOTHERAPEUTISCHEN BEHANDLUNGEN WERDEN AKTUELL ANGEWANDT?

.....

.....

.....

.....

## ZUSATZFRAGEN FÜR FRAUEN

### 53. HABEN / HATTEN SIE SCHMERZEN ODER BESCHWERDEN BEI DER REGEL?

- in der Pubertät       derzeit       während der Wechseljahre  
 vor der Regel       zu Beginn der Regel       während der Regel       nach der Regel

Welche Beschwerden? .....

.....

### 54. IN WELCHEM ALTER HATTEN SIE IHRE ERSTE UND LETZTE REGELBLUTUNG?

Erste Regelblutung: .....      Letzte Regelblutung: .....

### 55. IN WELCHEM ABSTAND HABEN SIE IHRE REGELBLUTUNGEN?

.....

### 56. WIE VIELE TAGE DAUERT IHRE REGELBLUTUNG?

- unter 3 Tage       3-4 Tage       5-6 Tage       über 6 Tage

### 57. WIE STARK IST IHRE REGELBLUTUNG?

- schwach       normal       stark       sehr stark

### 58. WIE SIEHT IHR REGELBLUT MEISTENS AUS?

- eher hell       eher dunkel       klumpig       fadig

.....

### 59. HABEN SIE AUSFLUSS?

- ja       nein  
 wenig       stark       dünnflüssig       dickflüssig  
 schleimig       zähflüssig       weiß       gelblich  
 blutig       bräunlich       übelriechend       Sonstige:

.....

### 60. VERHÜTUNGSMITTEL

- Nehmen Sie die Pille?       ja       nein  
Wurde Ihnen eine Spirale eingesetzt?       ja       nein  
Benutzen Sie andere Verhütungsmittel?       ja       nein

Wenn ja, welche? .....

## WENN SIE EIGENE KINDER GEBOREN HABEN

### 61. WIE VERLIEFEN DIE GEBURTEN IHRER KINDER?

- |   |  |   |  |
|---|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> normal         | <input type="checkbox"/> schwierig / langsam | <input type="checkbox"/> normale Kopflage             | <input type="checkbox"/> in Halsstrecklage |
| <input type="checkbox"/> Zangengeburt   | <input type="checkbox"/> Kaiserschnitt       | <input type="checkbox"/> mit vorzeitigem Blasensprung |  |
| <input type="checkbox"/> mit Saugglocke | <input type="checkbox"/> mit Kindbettfieber  | <input type="checkbox"/> mit Wehenmedikamenten        |  |
| <input type="checkbox"/> Steißlage      | <input type="checkbox"/> Querlage            | <input type="checkbox"/> <i>Sonstige:</i>             |  |

### 62. HATTEN SIE EINE WOCHENBETTDEPRESSION?

#### WIE WAR IHR ERSTES GEFÜHL, ALS SIE DAS KIND IM ARM HIELTEN?

### 63. DIE EIGENE GEBURT

Ihre Geburt stand familiär oder gesundheitlich unter folgenden Vorzeichen  
(z.B. Erkrankungen der Mutter und der Schwangerschaft, familiäre Situation, soziale Lage):

#### Ihre eigene Geburt war:

- |  |  |  |   |
|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> leicht  | <input type="checkbox"/> schwer            | <input type="checkbox"/> Normalgeburt  | <input type="checkbox"/> in Steißlage       |
| <input type="checkbox"/> in Querlage   | <input type="checkbox"/> als Kaiserschnitt | <input type="checkbox"/> mit der Zange | <input type="checkbox"/> mit der Saugglocke |
| <input type="checkbox"/> ausgelöst durch einen vorzeitigen Blasensprung        |  |  |   |
| <input type="checkbox"/> unter Einsatz von wehenfördernden Medikamenten: ..... |  |  |   |
| <input type="checkbox"/> unter Einsatz von wehenhemmenden Medikamenten: .....  |  |  |   |

#### Sie hatten:

- |  |                                     |   |   |
|--|-------------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> Atemnot                     | <input type="checkbox"/> blaue Haut | <input type="checkbox"/> Zyanose                        | <input type="checkbox"/> <i>Sonstige:</i> |
| <input type="checkbox"/> eine Neugeborenen-Gelbsucht |                                     | <input type="checkbox"/> einen unpassenden Rhesusfaktor |   |

**Datenschutzrechtliche Einverständniserklärung gem. der Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO) vom 25.05.18**

1. Der Verantwortliche für die Verarbeitung der Patientendaten ist die Praxis-Inhaberin  
Meiken Möller Heilpraktikerin | Pinneberger Str. 12 | 25451 Quickborn | Tel. 0 41 06 642 98 98

2. Ein ständiger Vertreter und/oder Datenschutzbeauftragter ist in der Praxis nicht vorhanden.

**3. Personenbezogene Daten:** Ihre personenbezogenen Daten werden zum Zwecke der medizinischen Versorgung sowie zur Abrechnung von Behandlungsleistungen erhoben. Sie werden elektronisch und/oder in den Patientenakten gespeichert. Bei den Daten handelt es sich um Ihre Kontaktdaten sowie Angaben zu Ihrer Gesundheit wie Anamnese, Medikation, Diagnosen, Therapieempfehlungen, Befunde usw. Die Erhebung und Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten ist auf der Grundlage des Behandlungsvertrages zwischen Ihnen und der Praxisinhaberin notwendige Voraussetzung für eine adäquate und sorgfältige Behandlung. Nach § 630 ff. BGB werden Ihre personenbezogenen Daten in der Praxis mind. 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufbewahrt. Es können ggfs. längere Aufbewahrungsfristen (z.B. für Röntgenbilder gem. § 28 Abs. 3 RöV) bestehen.

**4. Datenübermittlung:** Die Übermittlung Ihrer Daten an Dritte erfolgt nur, soweit es rechtlich zulässig ist und Sie hierzu ausdrücklich eingewilligt haben.

**5. Ihre Rechte:** Sie können jederzeit Auskunft über die erhobenen Daten sowie die Berichtigung falscher Daten verlangen. Unter bestimmten Voraussetzungen steht Ihnen auch das Recht auf Löschung sowie Einschränkung der Verarbeitung oder Sperrung der gespeicherten Daten zu. Soweit die Voraussetzungen dafür erfüllt sind, steht Ihnen des Weiteren das Recht auf Datenübertragbarkeit zu. Eine erteilte Einwilligung in die Datenverarbeitung können Sie jederzeit widerrufen. Ihnen steht das Recht auf Beschwerde bei der zuständigen Aufsichtsbehörde zu, soweit Sie der Auffassung sind, dass die Verarbeitung der erhobenen Daten gegen die DS-GVO verstößt.

**6. Rechtsgrundlagen der Datenverarbeitung**

Behandlungsvertrag; Art. 6 Abs. 1 b, Art. 9 Abs. 2f in Verbindung mit Abs. 3 DS-GVO; § 22 Abs. 1

**WAHRHEITSGEHALT DER ANGABEN**

Alle getätigten Angaben in diesem Fragebogen entsprechen der Wahrheit und sind von mir, dem Unterzeichner, persönlich aufgeschrieben worden. Außerdem akzeptiere ich die oben aufgeführte datenschutzrechtliche Einverständniserklärung.

Ort, Datum: .....

Name: .....

Unterschrift: .....