



## Gesundheitsfragebogen

Name: .....

Adresse: .....

Telefon: .....E-Mail: .....

Hast du gezieltes Interesse an:

- Akupunktur
- Mikronährstoffberatung/-analyse
- Ganzheitliche Ernährungsberatung
- Entgiftung
- Vitamin Infusionen

Ich bin mit der Speicherung meiner personenbezogenen Daten einverstanden. Sämtliche Daten werden Datenschutzkonform behandelt.

Datum und Unterschrift:

.....

### Patientendaten:

Geburtsdatum: ..... Größe: ..... Gewicht: .....

Familienstand/Kinder: .....

Beruf: .....

Wie bist du auf mich aufmerksam geworden?

.....

Fragen zu deiner gesundheitlichen Situation:

Beschreibe mir die Symptome, die dich zu mir führen:

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

Was beeinflusst die Beschwerden? Was macht es schlimmer, was macht es besser?

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

Bist du in ärztlicher Behandlung? Weshalb? Diagnose? Gib es Befunde? Labor, Röntgen etc:

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

Welche Impfungen hast du erhalten? Wann zuletzt? Gab es Nebenwirkungen?

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

Hattest du Operationen? Wann?:

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

Gab es Unfälle? Wann?:

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

Hast du Zahnersatz? Füllungen? Amalgam? Implantate? Welches Material? Wurden Amalgam Füllungen entfernt? Hast du danach eine Ausleitung durchgeführt?

.....

.....

.....

Hast du vegetative Störungen wie Schlafstörungen, Erschöpfung, Stress, Ängste?

.....

.....

Vegetatives System  
1= 😞 10= 😊 optimal

Merkfähigkeit/ Konzentration: (Skala 1 - 10 ) \_\_\_\_\_  
Energielevel: (Skala 1 - 10 ) \_\_\_\_\_  
Immunstärke: (Skala 1 - 10 ) \_\_\_\_\_  
Schlafqualität: (Skala 1 - 10 ) \_\_\_\_\_  
Ängste: (Skala 1 - 10 ) \_\_\_\_\_

Bist du häufig erkältet? Hast du wiederkehrende Pilzinfektionen?

.....

.....

Wie regelmäßig ist dein Zyklus? Schmerzen? Verhütung?

.....

.....

Nimmst du Medikamente, Nahrungsergänzungsmittel oder Hormone?  
Bitte schreib genau auf, was und in welcher Dosierung du einnimmst

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Fragen zum Lebensstil

Sport: was, wie oft/Woche.....

Rauchen: wieviel/Woche.....

Alkohol: wieviel/Woche .....

Fernsehen: wie lange/Tag .....

Bildschirmarbeit: wie lange/Tag .....

Handy Nutzung: wie lange/Tag .....

Geselligkeit, tanzen, spielen, Theater.....

Ernährung

Wie viele Mahlzeiten isst du am Tag? Was isst du zum Frühstück? Mittag? Abend? Wie viele Snacks? Was snackst du? Was trinkst du? Wie viel Wasser trinkst du pro Tag?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

