Praxis für ganzheitliche Medizin Dr. Claudia Pechardscheck

Ganzheitlicher Gesundheitsfragebogen



Liebe Patientin, lieber Patient!

Je mehr ich über Sie erfahre, desto besser kann ich mich auf Ihren Besuch vorbereiten und Sie gesundheitlich unterstützen. In diesem Sinne bitte ich Sie, den Bogen auszufüllen und ihn mir frühzeitig zukommen zu lassen. Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!

Name: ..... Vorname: ..... Geb-Datum: .....

Strasse + Hausnr.: ..... Postleitzahl: ..... Ort: .....

E-Mail: ..... Tel. Festnetz: ..... mobil: .....

Krankenkasse: ..... Größe: ..... Gewicht: .....

Hausarzt: .....

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

☐ Überweisung durch: ..... ☐ auf Empfehlung von: .....

Internet über: ☐ Ärztebewertungsportale ☐ Praxishomepage ☐ Sonstiges: .....

Welches Anliegen führt Sie zu mir?

.....

.....

Erkrankungen der Familie:	Mutter	Vater	Geschwister
Bluthochdruck	☐	☐	☐
Diabetes	☐	☐	☐
Herzinfarkt	☐	☐	☐
Schlaganfall	☐	☐	☐
Krebserkrankung (welche?)	☐	☐	☐ .....
Neurodermitis/ Allergie/ Asthma	☐	☐	☐
Depression/ Nervenleiden	☐	☐	☐
Andere wichtige Erkrankungen:	.....	.....	.....

Mutter verstorben? ☐ nein ☐ ja Wann? ..... Alter? ..... Woran? .....

Vater verstorben? ☐ nein ☐ ja Wann? ..... Alter? ..... Woran? .....

Welche Erkrankungen gab oder gibt es bei Ihnen selbst und (seit) wann?

☐ Bluthochdruck seit: .....
☐ Herzinfarkt .....
☐ Koronare Herzkrankheit .....
☐ Schlaganfall .....
☐ Herzrhythmusstörungen seit: .....
☐ Thrombose .....
☐ Lungenembolie .....
☐ Diabetes mellitus seit: .....
☐ Asthma seit: .....
☐ COPD/ Emphysem seit: .....
☐ Reizdarm seit: .....
☐ Krebserkrankung .....
Wenn ja: welche? .....

☐ Schilddrüsenerkrankung seit: .....
☐ Nierenerkrankung seit: .....
☐ Chron. Darmerkrankung seit: .....
☐ Lebererkrankung seit: .....
☐ Rheuma seit: .....
☐ Hörsturz/ Tinnitus seit: .....
☐ Depression/ Nervenleiden seit: .....
☐ Neurodermitis seit: .....
☐ Heuschnupfen seit: .....
☐ Andere Allergien seit: .....
☐ Der letzte Allergietest war im Jahr : .....

Praxis für ganzheitliche Medizin Dr. Claudia Pechardscheck

Welche anderen Erkrankungen gibt oder gab es bei Ihnen noch und (seit) wann?

.....

.....

Gab es bedeutsame Operationen, Unfälle oder Verletzungen, insbesondere der Halswirbelsäule (Wann? Was?):

.....

Gab es bei früheren Laboruntersuchungen einmal Auffälligkeiten?

☐ **noch nie** oder ☐ **auffällig waren schon mal die:** ☐ Leberwerte ☐ Nierenwerte
☐ Blutzuckerwerte ☐ Cholesterin ☐ Entzündungswerte ☐ Eisenmangel ☐ Blutarmut ☐ Schilddrüsenwerte

Leiden Sie oder litten Sie früher schon einmal an folgenden Beschwerden?

	(fast) nie	ab und zu	häufig	(fast) immer	derzeit
Husten	☐	☐	☐	☐	☐
Auswurf	☐	☐	☐	☐	☐
Schleimgefühl im Hals oder Rachen	☐	☐	☐	☐	☐
Verstopfte Nase/ Naselaufen/ Niessen	☐	☐	☐	☐	☐
Luftnot bei Anstrengung	☐	☐	☐	☐	☐
Luftnot in körperlicher Ruhe	☐	☐	☐	☐	☐
Engegefühl/Beklemmung der Brust	☐	☐	☐	☐	☐
Einschlafstörung	☐	☐	☐	☐	☐
Durchschlafstörung	☐	☐	☐	☐	☐
Schnarchen	☐	☐	☐	☐	☐
Nächtliche Atemauffälligkeiten/ -pausen	☐	☐	☐	☐	☐
Nächtliches Wasserlassen	☐	☐	☐	☐	☐
Nächtliches Zähneknirschen	☐	☐	☐	☐	☐
Morgendliche Unausgeschlafenheit	☐	☐	☐	☐	☐
Müdigkeit am Tage	☐	☐	☐	☐	☐
Rasche Erschöpfung bei Anstrengung	☐	☐	☐	☐	☐
Konzentrationsstörung	☐	☐	☐	☐	☐
Gedächtnisstörung	☐	☐	☐	☐	☐
Schwindel	☐	☐	☐	☐	☐
Heißhungerattacken	☐	☐	☐	☐	☐
Appetitlosigkeit	☐	☐	☐	☐	☐
Mundgeruch	☐	☐	☐	☐	☐
Rückenschmerzen: Halswirbelsäule	☐	☐	☐	☐	☐
Rückenschmerzen: Lendenwirbelsäule	☐	☐	☐	☐	☐
Hüftprobleme/ -schmerzen	☐	☐	☐	☐	☐
Knieprobleme/ -schmerzen	☐	☐	☐	☐	☐
Sonstige Gelenkbeschwerden	☐	☐	☐	☐	☐
Muskel- oder Wadenkrämpfe	☐	☐	☐	☐	☐
Muskelschwäche	☐	☐	☐	☐	☐
Antriebslosigkeit/ Lustlosigkeit	☐	☐	☐	☐	☐
Traurigkeit/ Depressivität	☐	☐	☐	☐	☐
Ängste	☐	☐	☐	☐	☐
Vermehrtes Schwitzen tagsüber	☐	☐	☐	☐	☐
Vermehrtes Schwitzen nächtlich	☐	☐	☐	☐	☐
Kopfschmerzen	☐	☐	☐	☐	☐
Haarausfall	☐	☐	☐	☐	☐
Hautprobleme (Jucken, Rötung, Akne...)	☐	☐	☐	☐	☐
Gehäuftes Wasserlassen	☐	☐	☐	☐	☐
Augentrockenheit	☐	☐	☐	☐	☐
Mundtrockenheit	☐	☐	☐	☐	☐
Wassereinlagerungen (Hände? Füße?)	☐	☐	☐	☐	☐

Praxis für ganzheitliche Medizin Dr. Claudia Pechardscheck

Infektanfälligkeit

Grippe/ Erkältung u. ä.: in den letzten 5 Jahren durchschnittlich ..... mal pro Jahr
Blasenentzündungen: in den letzten 5 Jahren durchschnittlich ..... mal pro Jahr

Antibiotikabehandlungen: (egal ob bei Erkältung, Blasenentzündung, Zahnproblemen, Operationen ...)
In Ihren **ersten (!) 5 Lebensjahren** insgesamt: ..... mal In den **letzten 10 Jahren** insgesamt: ..... mal

Verdauungsgewohnheiten und -beschwerden:

Wie oft haben Sie Stuhlgang? ..... mal pro Tag, wenn nicht täglich: ..... mal pro Woche
Konsistenz des Stuhls überwiegend: ☐ hart ☐ normal ☐ breiig ☐ Durchfall ☐ wechselnd

	(fast) nie	ab und zu	häufig	(fast) immer	derzeit
Blähungen	☐	☐	☐	☐	☐
Bauchschmerzen/-krämpfe	☐	☐	☐	☐	☐
Völlegefühle	☐	☐	☐	☐	☐
Übelkeit	☐	☐	☐	☐	☐
Erbrechen	☐	☐	☐	☐	☐
Sodbrennen	☐	☐	☐	☐	☐
Saures Aufstoßen	☐	☐	☐	☐	☐
Vermehrtes Aufstoßen (nicht sauer)	☐	☐	☐	☐	☐

Rauchgewohnheiten:

☐ Ich bin Nichtraucher ☐ immer schon ☐ seit ..... Jahren
☐ Ich rauche durchschnittlich etwa ..... Zigaretten pro Tag ☐ früher rauchte ich ..... Zigaretten pro Tag

Veränderung Ihres Körpergewichts:

Ich habe in den letzten 10 Jahren unterm Strich:
☐ mein Gewicht kaum verändert ☐ ..... kg abgenommen ☐ ..... kg zugenommen

Treiben Sie regelmäßig Sport?

☐ nein ☐ ja ..... mal pro Woche für ca. ..... Minuten. Sportart/-en: .....

Tragen Sie aktuell noch Amalgamfüllungen?

☐ nein oder:

☐ Ja, ich habe ☐ 1-2 ☐ 3-5 ☐ 6-8 ☐ 9 oder mehr Amalgamfüllungen

Hatten Sie früher Amalgamfüllungen, die inzwischen entfernt wurden?

☐ nein oder:

☐ Ja, ich hatte ☐ 1-2 ☐ 3-5 ☐ 6-8 ☐ 9 oder mehr Amalgamfüllungen

Haben Sie Implantate?	☐ nein	☐ Ja, ich habe	☐ 1-2	☐ 3-5	☐ 6-8
Überkronte Zähne?	☐ nein	☐ Ja, ich habe	☐ 1-2	☐ 3-5	☐ 6-8
Wurzelgefüllte/ tote Zähne?	☐ nein	☐ Ja, ich habe	☐ 1-2	☐ 3-5	☐ 6-8

Wie oft essen/trinken Sie durchschnittlich folgende Nahrungsmittel?

	(fast) nie	ab und zu	mehrfach pro Wo.	einmal täglich	mehrfach täglich
Milch	☐	☐	☐	☐	☐
Quark	☐	☐	☐	☐	☐
Joghurt	☐	☐	☐	☐	☐
Käse	☐	☐	☐	☐	☐
Eier	☐	☐	☐	☐	☐
Brot/ Brötchen	☐	☐	☐	☐	☐
Müsli	☐	☐	☐	☐	☐
Nudeln	☐	☐	☐	☐	☐
Kuchen	☐	☐	☐	☐	☐
Süßigkeiten	☐	☐	☐	☐	☐
Fleisch	☐	☐	☐	☐	☐
Fisch	☐	☐	☐	☐	☐
Wurst	☐	☐	☐	☐	☐
Gemüse	☐	☐	☐	☐	☐
Obst	☐	☐	☐	☐	☐

Praxis für ganzheitliche Medizin Dr. Claudia Pechardscheck

	(fast) nie	ab und zu	mehrfach pro Wo.	einmal täglich	mehrfach täglich
Kaffee	☐	☐	☐	☐	☐
Tee	☐	☐	☐	☐	☐
Wasser mit /	☐	☐	☐	☐	☐
Ohne Kohlensäure	☐	☐	☐	☐	☐
Fruchtsäfte	☐	☐	☐	☐	☐
Coca Cola	☐	☐	☐	☐	☐
Süßgetränke	☐	☐	☐	☐	☐
Bier (Gläser)	☐	☐	☐	☐	☐
Wein (Gläser)	☐	☐	☐	☐	☐

Wie viel Liter trinken Sie durchschnittlich pro Tag (alle Getränke zusammengerechnet)? ..... Liter

Gibt es Nahrungsmittel, die Ihnen (egal wie) nicht gut bekommen?

.....

Wie wurden Sie geboren? ☐ spontane Geburt ☐ per Kaiserschnitt ☐ weiß ich nicht

Beziehungssituation: ich bin ☐ allein lebend ☐ geschieden ☐ verheiratet
☐ in fester Partnerschaft ☐ ich habe ..... Kind/-er ☐ ich habe keine Kinder

Derzeitige berufliche Tätigkeit: ..... Wochenarbeitszeit: ..... h

Notieren Sie nun bitte noch **alle (!) Medikamente und Nahrungsergänzungsmittel**, die Sie aktuell einnehmen inklusive verhütender Maßnahmen, Sprays und Bedarfsmedikamente (Schmerz-, Allergie- und Schlaftabletten etc.).
Zur Medikation: Wenn auf der Packung der Präparate eine Mengenangabe ersichtlich ist, bitte aufführen:
z. B. Ramipril 5 mg oder L-Thyroxin 75

Medikament:	morgens	mittags	abends	z. Nacht	nur bei Bedarf
.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....

Was erwarten Sie von meiner Behandlung?

.....

.....

Herzlichen Dank für ihre Mitarbeit

Praxis für ganzheitliche Medizin
Dr. Claudia Pechardscheck
Dorotheastrasse 4
10318 Berlin
Tel: 030 – 23543595
Mail: info@medicina.berlin
Web: www.medicina.berlin

Nehmen Sie sich Zeit, um
Gesundheit zu gestalten
Wir tun es auch