

Fragebogen für Neupatienten

Sehr geehrte Neupatientinnen, sehr geehrte Neupatienten,

gerne nehme ich mir für Sie und Ihre Erkrankung Zeit. Damit ich mich auf unsere Konsultation vorbereiten kann, bitte ich Sie sich den nachfolgenden Fragebogen herunterzuladen und nach bestem Wissen auszufüllen und an die Praxis zu senden.

1) Ich bin beruflich sehr belastet () ja , () nein

2) Mein Arbeitstag dauert mindestens 10 Stunden

() ja , () nein

3) Meine Arbeit macht mir viel Spaß () ja , () nein

4) In meiner Freizeit bin ich oft noch für die Firma aktiv () ja , () nein

5) Am Abend benutze ich noch mindestens 1 Stunde das Internet oder Handy

() ja , () nein

6) In meiner Freizeit bin ich oft noch in Vereinen oder anderen Gruppen aktiv

() ja , () nein

7) Ich gehe regelmäßig in ein Fitnessstudio oder mache Sport

(mindestens 1-2 mal / Woche)

() ja , () nein

8) Ich fahre regelmäßig Fahrrad

() ja , () nein

9) Ich gehe regelmäßig joggen oder walken

() ja , () nein

10) Ich gehe regelmäßig in der Natur spazieren oder wandern

() ja , () nein

11) Ich habe ein Hobby, dem ich regelmäßig nachgehe

ja , nein

12) Ich habe mit Sport nicht viel im Sinn

ja , nein

13) Ich nehme meine Mahlzeiten regelmäßig ein (d.h. ich frühstücke regelmäßig, esse zu Mittag und zu Abend)

ja , nein

14) Ich frühstücke unter der Woche nie

ja , nein

15) Ich esse Mittags in der Kantine

ja , nein

16) Ich esse abends mit der Familie warm

ja , nein

17) Ich esse gerne und viel Fleisch

ja , nein

18) Ich ernähre mich vegetarisch

ja , nein

19) Ich ernähre mich vegan

ja , nein

20) Ich esse wenig Obst und Gemüse

ja , nein

21) Ich esse Gemüse am liebsten roh

ja , nein

22) Ich esse keine oder wenig Kohlenhydrate

ja , nein

23) Ich esse gerne Getreideprodukte (Brot, Müsli, Nudeln, etc.)

ja , nein

24) ich esse gerne und viel Obst (mindestens zwei Obstmahlzeiten / Tag)

ja , nein

25) ich habe eine spezielle Ernährungsweise

ja , nein

26) Wenn ja, welche?

27) Ich nehme mir zum Essen viel Zeit

ja , nein

28) Ich esse regelmäßig mit der ganzen Familie

ja , nein

29) Ich verwende häufig Vollkornprodukte

ja , nein

30) Ich esse überwiegend Dinkel

ja , nein

31) Ich glaube Weizenprodukte nicht gut zu vertragen

ja , nein

32) Ich habe oft Blähungen nach dem Essen

ja , nein

33) Ich trinke Milch und esse Milchprodukte

ja , nein

34) Ich habe eine Lactoseintoleranz

ja , nein

35) Ich habe eine Fructoseintoleranz

ja , nein

36) Ich habe eine Histaminunverträglichkeit

() ja , () nein

37) Ich glaube, bestimmte Nahrungsmittel nicht gut zu vertragen

() ja , () nein

38) Ich habe häufig Durchfälle oder Bauchkrämpfe mehr oder weniger direkt nach dem Essen

() ja , () nein

39) Nach dem Essen werde ich häufig sehr müde

() ja , () nein

40) Ich habe oft Wechsel zwischen Durchfall und Verstopfung

() ja , () nein

41) Ich habe Nahrungsmittelallergien

() ja , () nein

42) Ich schlafe abends schlecht ein

() ja , () nein

43) Ich wache in der Nacht öfters auf

() ja , () nein

44) Ich komme morgens schlecht auf Touren

() ja , () nein

45) Am Abend bin ich völlig erschöpft

() ja , () nein

46) Ich habe häufig Schmerzen in den Muskeln und Gelenken

() ja , () nein

47) Ich fühle mich tagsüber oft sehr müde

() ja , () nein

48) Nach dem Essen fühle ich mich oft nicht gut

Wenn ja: nach dem Frühstück ()

nach dem Mittagessen ()

nach dem Abendessen ()

49) Nach dem Essen bekomme ich öfters einen schnellen Herzschlag und/ oder Herzstolpern

() ja , () nein

50) Ich bekomme nach dem Essen schnell wieder Hunger

() ja , () nein

51) Ich muss oft zwischendurch was Süßes essen

() ja , () nein

52) Ich muss öfters in der Nacht etwas essen

() ja , () nein

53) Ich kann essen was ich will und nehme trotzdem nicht zu

() ja , () nein

54) Obwohl ich nicht viel esse nehme ich ständig an Gewicht zu

() ja , () nein

55) Ich fühle mich mit meinem aktuellen Gewicht wohl

() ja , () nein

56) Ich war schon immer schlank

() ja , () nein

57) Ich war früher schlank und habe jetzt ein Übergewicht

() ja , () nein

58) Ich hatte schon immer ein Übergewicht

() ja , () nein

59) Ich habe schon mehrere Diäten gemacht

() ja , () nein

60) Ich habe vor allem an Bauchumfang zugenommen

() ja , () nein

61) Ich habe schon vieles ausprobiert, um Gewicht abzunehmen

() ja , () nein

62) Ich habe nach vielen vergeblichen Versuchen Gewicht abzunehmen jetzt endgültig aufgegeben

() ja , () nein

63) In meiner Familie sind alle übergewichtig

() ja , () nein

64) Ich habe erhöhte Blutfettwerte

() ja , () nein

65) Bei mir wurde eine Blutzuckererkrankung festgestellt

() ja , () nein

wenn ja:

mein Blutzucker wird diätetisch behandelt () ja , () nein

mein Blutzucker wird mit Tabletten behandelt () ja , () nein

wenn ja, welche? _____

mein Blutzucker wird mit Spritzen behandelt () ja , () nein

wenn ja, welche _____

66) Ich habe erhöhten Blutdruck

() ja , () nein

67) Mein Bluthochdruck wird medikamentös behandelt

() ja , () nein

68) Ich habe eine Herzerkrankung () ja , () nein

wenn ja, welche?

Herzinfarkt () ja , () nein

koronare Herzerkrankung ohne Infarkt

() ja , () nein

Herzklappenschädigung

() ja , () nein

Herzschwäche (Herzinsuffizienz)

() ja , () nein

Herzmuskelerkrankung (Kardiomyopathie)

() ja , () nein

69) Ich habe eine Nierenerkrankung () ja , () nein

wenn ja,welche? _____

70) Meine Leberwerte sind erhöht () ja , () nein

71) Ich habe eine Erkrankung der Leber () ja , () nein

wenn ja, welche? _____

72) Ich habe Gallensteine () ja , () nein

73) Meine Gallenblase wurde entfernt () ja , () nein

74) Ich hatte schon einmal eine Bauchspeicheldrüsenentzündung () ja , () nein

75) Ich habe oder hatte eine Magenschleimhautentzündung

(Gastritis) () ja , () nein

76) Ich habe eine chronische Refluxerkrankung, d.h. es

fließt Magensäure zurück in die Speiseröhre

() ja , () nein

wenn ja:

Ich nehme Medikamente dagegen ein () ja ,

() nein

wenn ja, welche?

77) Ich hatte schon eine oder mehrere Magenspiegelungen

() ja , () nein

78) Ich hatte schon eine oder mehrere Darmspiegelungen

() ja , () nein

wenn ja:

es war alles in Ordnung () ja , () nein

es wurden Polypen entdeckt und entfernt

() ja , () nein

es wurde ein bösartiger Tumor entdeckt

() ja , () nein

79) In meiner Familie (Großeltern, Eltern Geschwister) gab es

Erkrankungen an Darmkrebs () ja , () nein

80) Ich leide an Morbus Crohn () ja , () nein

81) Ich leide an Colitis ulcerosa () ja , () nein

82) Bei mir wurde eine Zöliakie oder Glutenunverträglichkeit festgestellt () ja , () nein

83) Bei mir wurde ein Reizdarm diagnostiziert

() ja , () nein

84) Ich habe häufig Blähungen und/oder Bauchkrämpfe

() ja , () nein

85) Ich habe Heuschnupfen () ja , () nein

wenn ja:

- immer im Frühjahr () ja , () nein

- immer im Sommer () ja , () nein

- das ganze Jahr über () ja , () nein

86) Ich leide an Asthma bronchiale () ja , () nein

wenn ja:

ich nehme Medikamente dagegen ein () ja ,

() nein

wenn ja, welche?

87) Ich leide an COPD Erkrankung der Lunge

ja , nein

88) Ich hatte oder habe Lungenkrebs

ja , nein

89) Ich habe oder hatte Lungenmetastasen

ja , nein

90) Ich hatte in den letzten 6 Monaten eine Antibiotikabehandlung ja , nein

wenn ja, weswegen?

Nebenhöhlenentzündung? ja , nein

Ohrenentzündung ja , nein

Mandelentzündung ja , nein

Bronchitis ja , nein

Lungenentzündung ja , nein

Blasenentzündung ja , nein

Wundrose ja , nein

andere Entzündung ja , nein

91) Ich habe häufig Erkältungskrankheiten

ja , nein

92) Ich hatte schon einmal ein Pfeiffer'sches Drüsenfieber

(Eppstein-Barr-Virusinfektion) ja , nein

93) Ich habe häufig Lippenherpes ja , nein

94) Ich hatte oder habe eine Borrelioseerkrankung

ja , nein

95) Ich hatte oder habe sonstige schwere Infektionserkrankungen ja , nein

96) Ich habe eine HIV Infektion ja , nein

97) Ich habe oder hatte eine Hepatitis ()ja , () nein

wenn ja:

Hepatitis A ()ja , () nein

Hepatitis B ()ja , () nein

Hepatitis C ()ja , () nein

andere ()ja , () nein

98) Ich habe eine Leberzirrhose ()ja , () nein

99) Ich habe eine Autoimmunerkrankung der Leber

()ja , () nein

100) Ich habe Lebermetastasen ()ja , () nein

101) Ich hatte oder habe eine Krebserkrankung

()ja , () nein

wenn ja, welche?

wenn ja, wie wird oder wurde diese behandelt?

nur Operation ()ja , () nein

Operation und Bestrahlung ()ja , () nein

Operation und Chemotherapie ()ja , () nein

Operation, Chemotherapie und Bestrahlung

()ja , () nein

Hormontherapie ()ja , () nein

ausschließlich komplementäre Behandlungen

()ja , () nein

begleitende komplementäre Behandlung

ja , nein

102) In meiner Familie gab oder gibt es Krebserkrankungen

ja , nein

wenn ja, welche?

103) Ich habe venöse Durchblutungsstörungen

ja , nein

104) Ich habe eine arterielle Verschlusskrankheit der Beine

(sog. AVK) ja , nein

105) Ich habe oder hatte ein Aortenaneurysma

(Erweiterung der Hauptschlagader)

ja , nein

106) Bei mir sind Einengungen der Halsschlagadern bekannt

ja , nein

107) Bei mir wurde eine Operation der Halsschlagader durchgeführt ja , nein

108) Ich hatte schon einmal einen Schlaganfall

ja , nein

109) Ich hatte schon einmal eine Hirnblutung

ja , nein

110) Ich hatte schon einmal eine Beinvenenthrombose

ja , nein

111) Ich hatte schon einmal eine Lungenembolie

ja , nein

112) Ich habe eine nachgewiesene Gerinnungsstörung des

Blutes

() ja , () nein

113) Ich nehme gerinnungshemmende Medikamente ein

() ja , () nein

wenn ja, welche?

114) Ich wurde an einem Hirntumor operiert

() ja , () nein

115) Ich leide an Epilepsie () ja , () nein

116) Ich leide an ALS () ja , () nein

117) Ich leide an multipler Sklerose () ja , () nein

118) Ich habe Morbus Parkinson () ja , () nein

119) Ich habe Morbus Alzheimer () ja , () nein

120) In meiner Familie gibt es Fälle von Morbus Alzheimer

() ja , () nein

121) Ich leide an Gelenksarthrose () ja , () nein

wenn ja:

- Arthrose der Schultergelenke () ja , () nein

- Arthrose der Fingergelenke () ja , () nein

- Arthrose der Hüftgelenke () ja , () nein

- Arthrose der Kniegelenke () ja , () nein

- Arthrose der Sprunggelenke () ja , () nein

122) Ich habe ein künstliches Hüftgelenk

() ja , () nein

123) Ich habe ein künstliches Hüftgelenk

ja , nein

124) Ich hatte schon einmal eine Kniegelenksspiegelung

(Arthroskopie) ja , nein

125) Ich habe Wirbelsäulenbeschwerden

ja , nein

wenn ja, wo?

Halswirbelsäule ja , nein

Brustwirbelsäule ja , nein

Lendenwirbelsäule ja , nein

126) Ich hatte schon einmal eine Halswirbelsäulenprellung

(durch Sturz, Verkehrsunfall, etc.)

ja , nein

127) Bei mir wurden schon einmal Bandscheibenvorfälle

radiologisch festgestellt

ja , nein

128) Ich wurde schon einmal an der Bandscheibe oder

Wirbelsäule operiert

ja , nein

129) Ich habe Kiefergelenksprobleme

ja , nein

130) Ich beisse die Zähne aufeinander oder knirsche mit

den Zähnen

ja , nein

wenn ja

haben Sie eine Knirscherschiene () ja , () nein

131) Ich habe festsitzende Zahnspangen

() ja , () nein

132) Ich habe einen Retainer im Ober- und/oder Unterkiefer

() ja , () nein

133) Ich habe wurzelbehandelte Zähne

() ja , () nein

134) Ich habe unterschiedliche Metalle im Mundbereich

(Goldfüllungen/Kronen und z.B. Amalgamfüllungen

() ja , () nein

135) Meine Amalgamfüllungen wurden entfernt

() ja , () nein

wenn ja

Ich habe eine Ausleitungstherapie gemacht

() ja , () nein

136) Ich habe Zahnimplantate

() ja , () nein

137) Ich habe eine chronische Paradontitis

() ja , () nein

138) Ich habe Paradontose

() ja , () nein

139) Ich mache regelmäßig eine Zahnreinigung

() ja , () nein

140) Ich fühle mich oft traurig und weine ohne Grund

() ja , () nein

141) Nachts liege ich oft wach und meine Gedanken kreisen unaufhörlich () ja , () nein

142) Ich schlafe schlecht ein und wache auch in der nacht öfters auf () ja , () nein

143) Freunde und Bekannte finden mich zu ernst

() ja , () nein

144) Ich kann mich nicht ehr wirklich freuen

() ja , () nein

145) Meine sexuelle Aktivität hat sich deutlich reduziert

() ja , () nein

146) Ich sehe alles nur noch aus der pessimistischen oder negstiven Sichtweise () ja , () nein

147) Ich weiß nicht, was meine wirklichen Bedürfnisse sind

() ja , () nein

148) Manchmal stehe ich wie neben mir und kann mich nicht wirklich spüren () ja , () nein

149) Ich hatte auch schon Gedanken mir das Leben zu nehmen () ja , () nein

150) In meiner Jugend habe ich mich geritzt

() ja , () nein

151) Ich war schon einmal in psychiatrischer Behandlung

() ja , () nein

152) Ich bin als Einzelkind aufgewachsen

() ja , () nein

153) Ich habe ein gutes Verhältnis zu meinen Eltern

() ja , () nein

154) Ich habe schon einmal eine Scheidung hinter mir

() ja , () nein

155) Ich lebe in einer "Patchwork" Familie

() ja , () nein

156) Ich bin Single

ja , nein

157) Ich fühle mich glücklich in meiner Familie

ja , nein

158) Ich habe ein oder mehrere Kinder

ja , nein

wenn ja

Die Kinder sind gesund ja , nein

Ich habe ein behindertes Kind ja , nein

Ich hatte schon einmal eine Fehlgeburt

ja , nein

159) Ich habe meinen Wunschberuf

ja , nein

160) Am Arbeitsplatz gibt es belastende Probleme

ja , nein

161) Ich fühle mich an meinem Arbeitsplatz gemobbt

ja , nein

