

Patientenfragebogen Naturheilzentrum Alstertal

Heil- & Hormonpraktiker Markus Grimm

Grandweg 64, D-22529 Hamburg, Tel. +49 (0) 40-60 01 22 80

E-Mail: info@naturheilzentrum-alstertal.de



Name:..... Geburtstag:.....

Vorname: Tel. privat:

Strasse: Mobil:

PLZ - Ort:..... E-Mail:

Beruf:..... Familienstand/Kinder:

Wer hat uns empfohlen:..... Blutgruppe:.....

Versicherung: ☐ Gesetzlich (AOK, DAK usw.) ☐ Beihilfe ☐ Private Versicherung ☐ Zusatzversicherung

Wenn Privat- oder Zusatzversichert, welche Versicherung?:.....

.....

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen so genau wie möglich aus und schicken Sie mir diese im Vorfeld zu. Sehr hilfreich sind auch Blutbefunde und Arztberichte. Wenn möglich reichen Sie die mit dem ausgefüllten Anamnesebogen mit ein.

Was ist Ihr Wunsch, was ist Ihr Ziel?

.....

.....

.....

.....

.....

Angaben zum Beschwerdebild

Wie lange bestehen Ihre Beschwerden schon?

Was verschlimmert Ihre Beschwerden? (Bewegung, Ruhe usw.)

.....

Was verbessert Ihre Beschwerden? (Bewegung, Ruhe usw.)

.....

Was war unmittelbar vor dem ersten Auftreten Ihrer jetzigen Beschwerden? (Erkrankung, Kummer, Trauer, Schock, OP, Medikamente usw.)

.....

.....

Vorerkrankungen oder in der Familie?

.....

Motivation

Wie hoch ist Ihre Motivation Ihr Ziel oder Ziele zu erreichen? (10 = sehr hoch, 1 = sehr niedrig)

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10

Sind Sie bereit Ihre Ernährungsgewohnheiten zu ändern? ☐ Ja ☐ Nein ☐ Vielleicht

Sind Sie bereit Ihre Lebensgewohnheiten zu ändern? ☐ Ja ☐ Nein ☐ Vielleicht

Sind Sie bereit regelmäßig Bewegung und Sport in Ihr Leben einzubauen? ☐ Ja ☐ Nein ☐ Vielleicht

Hätten Sie mindestens 2x pro Woche Zeit etwas für Ihre Fitness zu tun? ☐ Ja ☐ Nein

Wie lange denken Sie braucht es, um Ihre Ziele und Wünsche zu verbessern?

☐ Wochen..... ☐ Monate..... ☐ Jahre.....

Was denken Sie könnte Sie davon abhalten Ihre Ziele und Wünsche zu erreichen?

☐ Zeit ☐ Engagement ☐ Geld ☐ Krankheit ☐ fehlende Hilfe ☐ Anderes

Impfungen - Allergien

Welche Impfungen haben Sie bekommen? Wie z.B. Polio (Kinderlähmung), Corona-Impfung, Tetanus, Hepatitis, Masern-Mumps-Röteln usw. (Bitte Impfausweis mitbringen):

.....

.....

Gab es Reaktionen auf Impfungen, z.B. Fieber, Krämpfe, Verhaltensänderung usw.?

.....

Welche Infektionskrankheiten haben Sie durchgemacht? ☐ Masern ☐ Mumps ☐ Röteln ☐ Keuchhusten ☐ Ruhr

☐ Scharlach ☐ Windpocken ☐ Tetanus ☐ Malaria ☐ Pfeifferisches Drüsenfieber ☐ Herpes ☐ Syphilis

☐ Sonstige:.....

Gibt es Allergien und/oder Nahrungsmittelunverträglichkeiten

Pollen, Allergien / wann?

.....

Nahrungsmittel?

.....

Schmerzen am Kopf

Falls ja, wie häufig, wie lange, wo am Kopf (z.B. Stirn, Schläfen, hinter den Augen, Hinterkopf, morgens, abends, halbseitig, links, rechts, beidseitig)?

.....

Probleme mit den Haaren

Falls ja, welcher Art, seit wann? z.B. kreisrund, vereinzelt, dünnes Haar, seit wann?

.....

Augenprobleme

Falls ja, welcher Art? z.B. Bindehautentzündung, kurzsichtig, weitsichtig, Grauer Star, Makula-Degeneration usw.?

.....

Ohrstörungen

Falls ja, welcher Art, wie lange? z.B. Tinnitus, links/rechts, andere?

.....

Zähne / Kiefer

Wurden bei Ihnen Amalgamfüllungen entfernt? ☐ Ja ☐ Nein

Wurde eine Amalgamausleitung durchgeführt? ☐ Ja ☐ Nein

Aktuelles Zahnfüllmaterialien? ☐ Amalgam ☐ Kunststoff ☐ Gold ☐ Keramik

Nase

☐ Operation ☐ häufige Nasennebenhöhlenentzündungen ☐ behinderte Nasenatmung ☐ Nase häufig verstopft

☐ Sonstige:

Mandelentzündungen oder Operationen

Falls ja, Operation, komplett oder Teilentfernt, häufig Mandelentzündung als Kind/heute, wie behandelt?

.....

Schilddrüsendysfunktionen

Welche Art der Schilddrüsen Störung wurde bei Ihnen diagnostiziert?

☐ Unterfunktion ☐ Überfunktion ☐ M. Hashimoto ☐ M. Basedow

☐ Andere Störungen:

Welche Medikamente nehmen Sie für die Schilddrüsenstörung ein, wie lange und welche Menge?

.....

Mundtemperatur: Messen Sie Ihre Mundtemperatur an drei aufeinanderfolgenden Tagen wie beschrieben. Verwenden Sie ein Quecksilber- oder digitales Thermometer (bei letzterem 30-45 Sek. nach dem Piepen weitermessen).

Tageszeit:	Tag 1	Tag 2	Tag 3
Vor dem Aufstehen			
Gegen 13.00-15.30 Uhr			
Vor dem Einschlafen			

Fragen zu SD

Ist Ihnen ständig kalt? Frieren Sie schnell oder haben Sie sogar eine geringe Körpertemperatur?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Ermüden Sie bei der kleinsten Anstrengung und fühlen Sie sich matt und erschöpft?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Fällt es Ihnen schwer, sich über einen längeren Zeitraum auf eine Sache zu konzentrieren?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Hat Ihr Gedächtnis in der letzten Zeit stark nachgelassen und sind Sie leicht vergesslich?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Leiden Sie an Haarausfall?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Sind Ihre Haare trocken, stumpf und brüchig und Ihre Haut raus und schuppig?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Ist Ihnen aufgefallen, dass Sie brüchige Fingernägel oder Rillen in den Fingernägeln haben?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie das Gefühl „Watte im Kopf“ zu haben (Brainfog)?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie in letzter Zeit an Gewicht zugelegt, obwohl Sie genauso viel essen und sich genauso viel bewegen wie vorher?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Ist Ihr Darm träge und leiden Sie des Öfteren an Verstopfung?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Ist Ihr Gesicht in letzter Zeit aufgedunsen und blass?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie ein komisches Gefühl beim Schlucken oder spüren Sie eine Enge im Hals?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wird Ihre Stimme zusehends rau und heiser, ohne dass Sie an einer Erkältung leiden?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Spüren Sie nachts ein Kribbeln in den Fingern oder Zehen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Hat Ihre Libido abgenommen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wurde bei Ihnen ein erhöhter Cholesterinspiegel festgestellt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Leiden Sie an zu niedrigem Blutdruck und einem zu niedrigen Pulsschlag?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie öfters Entzündungen, vor allem an den Extremitäten? Fühlen sich Ihre Gelenke steif an oder haben Sie das Karpaltunnelsyndrom?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wurde bei Ihnen Eisenmangel und/oder eine Anämie festgestellt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Fragen zu NN

Werden Ihre Augenbrauen dünner?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie seitlich an den Augenbrauen bemerkt das Ihnen die Haare ausfallen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Sind Sie ständig nervös und leicht reizbar?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Fühlen Sie sich zeitweise ängstlich und depressiv?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Zittern Ihre Hände zeitweise?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Fühlen Sie eine innere Unruhe?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Fühlen Sie sich häufig krank, ähnlich einer Grippe, haben aber weder Fieber noch andere Symptome?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Leiden Sie häufig unter Kopfschmerzen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie eine empfindliche Haut?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie Heißhungerattacken?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Sind Sie häufig nach Kaffeekonsum schläfrig?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Müssen Sie häufig Harn lassen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Leiden Sie unter Durchschlafstörungen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Verschlechtern sich in der letzten Zeit Ihre Allergiesymptome?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Sind Sie infekтанfällig?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Spüren Sie häufiger Herzklopfen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie das Gefühl, dass sich viele der hier aufgeführten Symptome nach 18 Uhr verbessern?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Fragen zu GN

Hat sich Ihre Libido vermindert?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Leiden Sie unter Schmerzen in der Harnblase?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Leiden Sie unter einem Prämenstruellen Syndrom (PMS)?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie starke Monatsblutungen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Beobachten Sie häufig Schwellungen oder Wassereinlagerungen an den Extremitäten?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Leiden Sie unter Bluthochdruck?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Leiden Sie unter starken Hitzewallungen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Stress- und Schlafverhalten

Wie hoch ist Ihr Stresslevel im Moment (10 = sehr hoch, 1 = sehr niedrig)

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10

Was tun Sie um sich zu entspannen?

.....

Wie ist Ihr Schlafverhalten?

☐ Einschlafschwierigkeiten ☐ Schlaflosigkeit ☐ Häufiges Erwachen (Uhrzeit?.....)

☐ Unruhige Beine ☐ Zähneknirschen ☐ Nachtschweiß ☐ heiße Füße ☐ Sprechen im Schlaf

Wann gehen Sie zu Bett? Wann stehen Sie auf?

Wie fühlen Sie sich Morgens beim Aufstehen?

.....

Essverhalten

Mit welchem Körpergewicht fühlen Sie sich am wohlsten? kg oder Kleidergröße

Aktuelles Körpergewicht? kg

Taillenumfang..... cm Hüftumfang cm Halsumfang cm

Halten Sie sich an eine bestimmte Ernährungsweise oder haben Sie in der Vergangenheit eine Diät probiert?

☐ ja ☐ nein Mit welchem Erfolg?.....

Sind Sie der Meinung das eine typgerechte Ernährung für Ihre Ziele wichtig wäre? ☐ ja ☐ nein

Wenn nein, warum?

.....

Notieren Sie hier was Sie generell essen? (Bitte genau ausfüllen)

(F= Frühstück, VM = Vormittags-Mahlzeit, M = Mittagessen, NM = Nachmittags-Mahlzeit, A = Abendessen)

F:

.....

VM:

M:

NM:

A:

.....

Nehmen Sie Mikrowellen-Essen zu sich? ☐ Ja ☐ Nein Wenn ja, wie oft?

Wie oft pro Woche nehmen Sie folgende Nahrungsmittel zu sich (inkl. Mittag- u. Abendessen)? (Bitte genau ausfüllen)

Rotes Fleisch? (Steak, Hackfleisch, Rind, Kalb, Lamm, Schwein, Wurstprodukte).....

Weißes Fleisch? (Geflügel: Huhn, Pute, Ente usw.)

Fisch? (aus der Dose, gekocht, geräuchert, roh, tief gefroren)

Was essen Sie gar nicht?

☐ Fleisch ☐ Geflügel ☐ Fisch ☐ Eier ☐ Kuhmilchprodukte ☐ Sonstiges.....

Wieviel Liter und was trinken Sie pro Tag? (Kaffee, Tee, Wasser, Milch, Fruchtsäfte, Mixgetränke)?.....

Verwenden oder nehmen Sie Zucker? ☐ Ja ☐ Nein Wenn ja, wieviel und wie oft?

Verwenden oder nehmen Sie Süßstoff? ☐ Ja ☐ Nein Wenn ja, wieviel und wie oft?

Auf welche Lebensmittel können Sie nur schwer verzichten oder haben ein bestimmtes Verlangen danach und wann?

Wann essen Sie? ☐ Hungergefühl ☐ Frust ☐ Stressbewältigung ☐ Langeweile ☐ Belohnung

Was kaufen Sie? ☐ Bio ☐ Vegan ☐ Regional ☐ Saisonal ☐ Normal ☐ Sonstiges.....

Wer unterstützt Sie beim Ihrem Essverhalten? ☐ Partner ☐ Familie ☐ Freunde ☐ Arbeitskollegen ☐ Niemand

Gesundheitsfragen

Rauchen Sie? ☐ Ja ☐ Nein Wenn ja, wie lange und wieviel Zigaretten am Tag?

Haben Sie in der Vergangenheit geraucht? ☐ Ja ☐ Nein Wenn ja, wie lange, wieviele?

Konsumieren Sie alkoholische Getränke? Was, wie oft und wann?

Gibt es bei Ihnen Herz-/Kreislaufbeschwerden? (Rhythmusstörungen, Blutdruck hoch/niedrig, Stechen in der Brust, Medikamente usw.)

Leiden Sie unter Verdauungsbeschwerden?

☐ Blähungen ☐ Magendruck ☐ Völlegefühl ☐ Sodbrennen ☐ Hämorrhoiden ☐ Appetitlosigkeit

☐ Pilzneigung ☐ Sonstiges

Stuhlgang? ☐ täglich ☐ unregelmäßig/jeden 2.3.4 Tag ☐ Neigung zur Verstopfung

☐ Neigung zum Durchfall ☐ normale Konsistenz ☐ Hart ☐ Weich ☐ Schmierig

☐ Übelriechend ☐ Stuhl hell ☐ Stuhl dunkel ☐ wechselhaft ☐ Juckreiz am After

Fettleber

- | | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| Leiden Sie unter Antriebslosigkeit und Müdigkeit? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Haben Sie häufig einen Punktschmerz zwischen den Schulterblättern | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Bekommen Sie schnelle blaue Flecken? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Haben Sie eine Abneigungen gegen fettiges Essen? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Leiden Sie unter Haarausfall (v.a. schubweise)? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Haben Sie starke Stimmungsschwankungen? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Frieren Sie häufig und haben kalte Glieder? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Haben Sie häufig Gelenk- oder Muskelschmerzen? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Haben Sie häufig morgens einen unangenehmen Geschmack im Mund? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Leiden Sie unter chronischen Sehnenbeschwerden? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

Niedergradige Entzündungen

- | | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| Leiden Sie unter Allergien oder Nahrungsmittelunverträglichkeiten | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Leiden Sie häufig an Entzündungen der Schleimhäute? (Magen, Darm, Nasennebenhöhlen, Mittelohr, Schleimbeutel) | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Leiden Sie an Asthma oder Bronchitis oder haben daran gelitten? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Leiden Sie an Neurodermitis oder haben in der Vergangenheit daran gelitten? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Leiden Sie unter Morbus Crohn? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Sind Sie an Colitis ulcerosa erkrankt? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Gehen Sie häufig ins Solarium? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Leiden Sie an einem Diabetes Typ 1? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Gehen Sie regelmäßig zum Zahnarzt und zur Zahnpflege (min. 2x im Jahr)? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Leiden Sie an einer Autoimmunerkrankung? _____ | | |

Vitamin B Mangel

- | | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| Haben Sie Verdauungsprobleme? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Haben Sie Gedächtnisstörungen? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Haben Sie Probleme morgens in die Gänge zu kommen? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Leiden Sie unter Konzentrationsproblemen? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Haben Sie an Fersen oder Fingerspitzen Risse oder ist Ihre Haut dort trocken? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Leiden Sie an kleinen Geschwüren innerhalb ihres Mundes oder Zahnfleischentzündungen? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Leiden Sie an PMS? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

Vitamin D Mangel

- | | | |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| Haben Sie Pigmentstörungen? (Weiße Flecken, Muttermale oder Altersflecken) | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Leiden Sie unter Schuppen oder trockener Kopfhaut? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Leiden Sie unter Psoriasis? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Haben Sie Ekzeme? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Leiden Sie unter Osteoporose? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Leiden Sie unter einem Reizdarm-Syndrom? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Leiden Sie unter einem Metabolischen Syndrom? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

Unterleib - Haut - Nägel - Gynäkologie

Leiden Sie häufig an Entzündungen im Urogenitalbereich? (Blasen-/Prostataentzündung, Nierbecken, Nierensteine,

Prostatavergrößerung usw.)

Wie ist Ihr Harndrang? ☐ viel ☐ wenig ☐ farblos ☐ Farbe ☐ stark riechend

Sexualität ☐ vermindert ☐ verstärkt ☐ unbefriedigt ☐ Beschwerden beim Geschlechtsverkehr

Haut / Nägel? ☐ Hautjucken ☐ Warzen ☐ Neurodermitis ☐ Schuppenflechte ☐ häufige Nagelbettentzündung

Narbengewebe? ☐ Ja (bitte bei Besuch zeigen oder Aufnahmen schicken) ☐ Nein

Nur für Frauen:

☐ Ausfluss ☐ Eierstockentzündungen ☐ Ausschabungen ☐ Fehlgeburten ☐ Zysten ☐ Myome

☐ Tumore ☐ Sonstiges

Bestehen noch Regelblutungen? ☐ ja ☐ nein Wann war die erste Menses..... Wann die letzte?

Wie lange ist Ihr Monatszyklus? (28-30 Tage, länger oder kürzer)

Beschwerden - vor - nach - während der Regel, welche?

.....

Klimakterische Beschwerden, wenn ja welche?

Verhütungsmittel, welche?

Nehmen Sie Hormone ein?

☐ Pille ☐ Spirale ☐ Hormonersatztherapie ☐ Sonstige

Wie lange schon? Wann war die letzte Einnahme? Nehmen Sie die Pille durch?

Operationen, Medikamente, Nahrungsergänzungsmittel, Vorerkrankungen

Welche Medikamente oder Nahrungsergänzungsmittel nehmen Sie ein, seit wann/und wieviele?

Bitte Beipackzettel oder Medikament mitbringen Achtung! Medikamente nur nach therapeutischer Rücksprache reduzieren oder absetzen!

.....

.....

.....

.....

Gibt es Vorerkrankungen, OP's oder Verletzung? Wenn ja, Welche?

.....

.....

.....

.....

Vielen Dank das Sie sich Zeit genommen haben, um diesen Fragebogen genau und komplett auszufüllen!