

# Patientenfragebogen



---

## Angaben zur Person:

Name, Vorname:

Telefon:

Geburtsdatum:

Email:

Anschrift:

Körpergröße:

Gewicht:

---

Welches Ziel möchten Sie eine Beratung/Behandlung bei mir erreichen? Welche Erwartungen haben Sie?

---

Welche akuten Beschwerden bestehen derzeit?

---

## Fragen zur Gesundheit

Haben Sie.....?

- erhöhte Harnsäurewerte
- erhöhte Triglyceridwerte
- erhöhten Cholesterinspiegel
- Bluthochdruck
- Heuschnupfen / Allergien / Asthma
- Neurodermitis
- Nahrungsmittel-Unverträglichkeiten
- Verdauungsprobleme
- Verstopfung
- Durchfall
- Blähungen
- Anämie (Blutarmut)
- Diabetes mellitus
- Herz-/Kreislaufbeschwerden
- Osteoporose
- Gelenkschmerzen
- Rückenschmerzen
- Rheuma
- Autoimmunerkrankungen:  
\_\_\_\_\_
- Nieren- oder Gallensteine
- Kopfschmerz / Migräne
- Wechseljahrsbeschwerden
- Sonstiges:  
\_\_\_\_\_

Ggf. Erläuterungen:

---

**Haben Sie Funktionsstörungen / Beschwerden in folgenden Bereichen:**

(soweit nicht oben bereits erwähnt)

- Magen
- Bauchspeicheldrüse
- Leber
- Gallenblase
- Darm
- Niere
- Schilddrüse
- Herz
- Lunge
- Haut

**Ggf. Erläuterungen:**

---

**Haben Sie sonstige Gesundheitsstörungen?**

---

**Nehmen Sie Medikamente ein?**                       ja                       nein

Wenn ja, welche? (auch pflanzliche, Vitamine, Mineralstoffe):

---

**Ich bin zur Zeit in ärztlicher / zahnärztlicher Behandlung**                       ja                       nein

---

**Welchen Operationen haben Sie sich in der Vergangenheit unterzogen?**

---

**Folgende Untersuchungen wurden bei mir bereits durchgeführt:**

(Soweit Sie im Besitz der Untersuchungsergebnisse sind, bringen Sie diese doch einfach zum ersten Gespräch mit in die Praxis, danke☺)

- Blutuntersuchungen**, zuletzt im Jahr (soweit erinnert) \_\_\_\_\_
- Stuhluntersuchung**, zuletzt im Jahr \_\_\_\_\_
- Magenspiegelung**, zuletzt im Jahr \_\_\_\_\_
- Darmspiegelung**, zuletzt im Jahr \_\_\_\_\_
- Allergietests**, zuletzt im Jahr \_\_\_\_\_
- Atemtest auf **Fruktoseintoleranz**, Ergebnis: \_\_\_\_\_
- Atemtest auf **Laktoseintoleranz**, Ergebnis: \_\_\_\_\_
- Untersuchung auf **Histaminintoleranz**:, Ergebnis: \_\_\_\_\_
- Blut- oder Stuhluntersuchung auf **Glutenunverträglichkeit**, Ergebnis: \_\_\_\_\_

**Folgende Maßnahmen wurden daraufhin bereits ergriffen:**

---

### **Angaben zur Lebenssituation**

**Körperliche Beanspruchung Ihrer beruflichen Tätigkeit:**

- leicht       mittel       schwer  
 sitzend       stehend

**Treiben Sie Sport?  ja     nein**

**Wenn ja, welche Sportart(en):** \_\_\_\_\_

**Stunden in der Woche:** \_\_\_\_\_

- Bei weiblichen Klienten:**
- |                                 |                          |                            |
|---------------------------------|--------------------------|----------------------------|
| a) Sind Sie zur Zeit schwanger? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| b) Stillen Sie zur Zeit?        | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |

---

### **Angaben zu Familie und Haushalt:**

allein lebend     zusammen lebend mit     Partner und/oder     Kindern, Anzahl und Alter:

---

### **Ernährungsgewohnheiten**

**Ich esse**

- „normale“ Mischkost (Allesesser)
- Vegetarisch (kein Fleisch, Fisch, Geflügel)
- Vegan (keine tierischen Nahrungsmittel)
- Low Carb (wenig Kohlenhydrate)
- Low Fat (fettreduziert)
- Basenüberschüssig    \_\_\_\_\_% Gemüse/Obst/Kartoffeln    \_\_\_\_\_% Säurebildner

**Sonstiges:**

(bitte beschreiben Sie kurz mit eigenen Worten Ihre Ernährungsgewohnheiten und ggf. Probleme damit)

---

### **Fragen zum Gewicht**

**Wieviel wiegen Sie derzeit?** \_\_\_\_\_      BMI (wird vom Berater ausgefüllt): \_\_\_\_\_

**Möchten Sie Ihr Gewicht verändern?**       nein       ja

Abnehmen um \_\_\_\_\_ kg

Zunehmen um \_\_\_\_\_ kg

Ggf.: Wie war Ihr bisheriger Gewichtsverlauf ? (Auffällige Gewichtsveränderungen/Zeitpunkt):