

Datum:  
Patient/in:



# Anamnesefragebogen

*Naturheilpraxis Glashauser*  
*Praxis für ganzheitliche Naturheilkunde*

## Persönliche Daten

Name: \_\_\_\_\_ Festnetz Privat: \_\_\_\_\_  
Anschrift: \_\_\_\_\_ Mobil Privat: \_\_\_\_\_  
Geburtstag: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_  
Krankenversicherung: \_\_\_\_\_ Arbeit: \_\_\_\_\_  
 Privat  Beihilfe  Selbstzahlern  Zusatzversichert: \_\_\_\_\_

## Was ist Ihnen wichtig?

Ein umfassender Gesundheits-Check-up	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> teilweise	<input type="checkbox"/> Nein
Verbesserung einer akuten Erkrankung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> teilweise	<input type="checkbox"/> Nein
Verbesserung einer chronischen Erkrankung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> teilweise	<input type="checkbox"/> Nein
Wiederherstellung ihrer Leistungsfähigkeit	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> teilweise	<input type="checkbox"/> Nein
Erhaltung ihrer Arbeitsfähigkeit	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> teilweise	<input type="checkbox"/> Nein
Optimierung ihres Gewichts	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> teilweise	<input type="checkbox"/> Nein
Eine natürliche und pflanzliche Behandlung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> teilweise	<input type="checkbox"/> Nein

## Beschwerden

Unter welchen akuten Beschwerden leiden Sie und seit wann?

Ordnen Sie die Beschwerden nach Ihrer Wichtigkeit.

- \_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_

Datum:  
Patient/in:



Naturheilpraxis Glashauser  
Praxis für ganzheitliche Naturheilkunde

**Welche Behandlungen haben Sie gegen die Beschwerden bereits bekommen?**

---

---

**Welche Behandlungen bekommen Sie aktuell und von wem?**

---

---

**Wer ist Ihr/e Hausarzt/-ärztin und wie lautet seine/ihre Adresse?**

---

---

**Gehen Sie regelmäßig zu einem Facharzt oder befinden sich dort in Behandlung?**

Nein  Ja

Lungenarzt  Orthopäde  Urologe  Psychologe

Kardiologe  Onkologe  Gynäkologe

Sonstige: \_\_\_\_\_

Name, Adresse des Facharztes: \_\_\_\_\_

**Haben Sie in letzter Zeit eine Gewichtsveränderung an Ihnen festgestellt?**

**Innerhalb 2-6 Monate**  **Nein**

5 oder mehr Kilo zugenommen  5 oder mehr Kilo abgenommen

Anderes: \_\_\_\_\_

**Innerhalb 1-2 Wochen**  **Nein**

2 oder mehr Kilo zugenommen  2 oder mehr Kilo abgenommen

Anderes: \_\_\_\_\_

**Haben Sie in letzter Zeit eine erhöhte Temperatur an Ihnen festgestellt?**

Ja  Teilweise  Nein

Wie hoch: \_\_\_\_\_ Wie oft: \_\_\_\_\_

**Haben Sie in letzter Zeit Nachtschweiß an Ihnen festgestellt?**

Ja  Teilweise  Nein

**Wie viele Infekte haben Sie pro Jahr?**

1-2  3-4  mehr als 4

Datum:  
Patient/in:



Naturheilpraxis Glashauser  
Praxis für ganzheitliche Naturheilkunde

## Krankengeschichte

### Chronologische Krankheitsgeschichte:

Bitte erfassen Sie alle schweren Erkrankungen (Infektionen) und Operationen, nach ihrem zeitlichen Ablauf.

Operationen wie z.B. an Herz, Gefäße, Schilddrüse, Gallenblase, Brust, Gebärmutter, Mandeln, Blinddarm, sonstige

1. \_\_\_\_\_ Jahr/Monat: \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_ Jahr/Monat: \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_ Jahr/Monat: \_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_ Jahr/Monat: \_\_\_\_\_

5. \_\_\_\_\_ Jahr/Monat: \_\_\_\_\_

6. \_\_\_\_\_ Jahr/Monat: \_\_\_\_\_

7. \_\_\_\_\_ Jahr/Monat: \_\_\_\_\_

8. \_\_\_\_\_ Jahr/Monat: \_\_\_\_\_

### Welche Vorerkrankungen sind bei Ihnen bekannt?

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Keine                   | <input type="checkbox"/> Schwindelanfälle   |
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck           | <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Typ 1 <input type="checkbox"/> Typ 2 |
| <input type="checkbox"/> Autoimmunkrankheiten    | <input type="checkbox"/> Hautkrankheiten  |
| <input type="checkbox"/> Herzerkrankungen        | <input type="checkbox"/> Lebererkrankung  |
| <input type="checkbox"/> Gefäßerkrankungen       | <input type="checkbox"/> Magen-/Darmerkrankungen  |
| <input type="checkbox"/> Fettstoffwechselstörung | <input type="checkbox"/> Erhöhtes Cholesterin   |
| <input type="checkbox"/> Lungenerkrankung        | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenstörung  |
| <input type="checkbox"/> Psychische Erkrankung   | <input type="checkbox"/> Depressionen   |
| <input type="checkbox"/> Rheuma                  | <input type="checkbox"/> Gicht  |
| <input type="checkbox"/> Tumorerkrankung         | <input type="checkbox"/> Hormonstörung  |
| <input type="checkbox"/> Nierenerkrankungen      | <input type="checkbox"/> Knochenerkrankungen  |
| <input type="checkbox"/> Augenerkrankungen       | <input type="checkbox"/> Epilepsie  |

Sonstige: \_\_\_\_\_

Datum:  
Patient/in:



Naturheilpraxis Glashauser  
Praxis für ganzheitliche Naturheilkunde

## Welche Infektionskrankheiten hatten Sie bereits?

### Kinderkrankheiten:

- |                                       |                                     |  |
|---------------------------------------|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Masern       | <input type="checkbox"/> Mumps      | <input type="checkbox"/> Röteln        |
| <input type="checkbox"/> Ringelröteln | <input type="checkbox"/> Windpocken | <input type="checkbox"/> Scharlach     |
| <input type="checkbox"/> Keuchhusten  | <input type="checkbox"/> Grupp      | <input type="checkbox"/> Kinderlähmung |

### Geschlechtskrankheiten:

- |  |                                    |  |
|--|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> HIV           | <input type="checkbox"/> Gonorrhöe | <input type="checkbox"/> Syphilis      |
| <input type="checkbox"/> Genitalwarzen | <input type="checkbox"/> Soor      | <input type="checkbox"/> Trichomonaden |

### Tropenkrankheiten:

- |                                  |                                |                                     |
|----------------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Malaria | <input type="checkbox"/> Ebola | <input type="checkbox"/> Gelbfieber |
|----------------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|

### Weitere Infektionen:

- |                                       |                                      |                                       |
|---------------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Tetanus      | <input type="checkbox"/> Tuberkulose | <input type="checkbox"/> Salmonellose |
| <input type="checkbox"/> Ebstein-Barr | <input type="checkbox"/> Borreliose  | <input type="checkbox"/> Chlamydien   |

Andere: \_\_\_\_\_

## Familiäre Krankheitsgeschichte:

### Welche Erkrankungen sind in ihrer Familie (Eltern, Geschwister, Onkel, Tante) bekannt?

- |                           |                               |                             |                                     |
|---------------------------|-------------------------------|-----------------------------|-------------------------------------|
| Krebs                     | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja | bei wem? _____<br>Welche Art? _____ |
| Rheuma                    | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja | bei wem? _____                      |
| Autoimmunerkrankungen     | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja | bei wem? _____                      |
| Herzkrankheit/Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja | bei wem? _____                      |
| Gefäßkrankheiten          | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja | bei wem? _____                      |
| Bluthochdruck             | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja | bei wem? _____                      |
| Schlaganfall              | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja | bei wem? _____                      |
| Diabetes                  | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja | bei wem? _____                      |
| Alzheimer                 | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja | bei wem? _____                      |
| Psychische Krankheiten    | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja | bei wem? _____                      |
| Sonstige/Andere           | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja | bei wem? _____                      |

Datum:  
Patient/in:



Naturheilpraxis Glashauser  
Praxis für ganzheitliche Naturheilkunde

## Medikamente

Welche Präparate hat ihr Haus- oder Facharzt im letzten Jahr verschrieben?

Keine

(Zuerst die Präparate die sie aktuell noch nehmen, wenn sie ein Medikamentenplan haben, bitte bringen sie diesen mit und tragen nur die abgesetzten Präparate ein.)

1. \_\_\_\_\_ Dosis: \_\_\_\_\_ Seit: \_\_\_\_\_ Bis: \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_ Dosis: \_\_\_\_\_ Seit: \_\_\_\_\_ Bis: \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_ Dosis: \_\_\_\_\_ Seit: \_\_\_\_\_ Bis: \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_ Dosis: \_\_\_\_\_ Seit: \_\_\_\_\_ Bis: \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_ Dosis: \_\_\_\_\_ Seit: \_\_\_\_\_ Bis: \_\_\_\_\_
6. \_\_\_\_\_ Dosis: \_\_\_\_\_ Seit: \_\_\_\_\_ Bis: \_\_\_\_\_
7. \_\_\_\_\_ Dosis: \_\_\_\_\_ Seit: \_\_\_\_\_ Bis: \_\_\_\_\_
8. \_\_\_\_\_ Dosis: \_\_\_\_\_ Seit: \_\_\_\_\_ Bis: \_\_\_\_\_
9. \_\_\_\_\_ Dosis: \_\_\_\_\_ Seit: \_\_\_\_\_ Bis: \_\_\_\_\_
10. \_\_\_\_\_ Dosis: \_\_\_\_\_ Seit: \_\_\_\_\_ Bis: \_\_\_\_\_

Verwenden Sie eines oder mehrere der folgenden Mittel?  Nein

- |                                       |  |                                       |
|---------------------------------------|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Abführmittel | <input type="checkbox"/> Mittel gegen Sodbrennen | <input type="checkbox"/> Ohrentropfen |
| <input type="checkbox"/> Augentropfen | <input type="checkbox"/> Med. Pflaster/Cremes    | <input type="checkbox"/> Nasenspray   |

Welche: \_\_\_\_\_

Haben sie in den letzten 3 Monaten Antibiotika genommen?  Nein

Welches: \_\_\_\_\_ Wie oft: \_\_\_\_\_ Wann: \_\_\_\_\_

Setzen Sie Hormonpräparate ein?  Nein

Hormoncreme	welche: _____	Pille	welche: _____
Hormonspirale	welche: _____	Hormonspritze	welche: _____
Haarwasser	welche: _____	Schilddrüse	welche: _____

Andere: \_\_\_\_\_ Seit wann: \_\_\_\_\_ Zuletzt am: \_\_\_\_\_

Setzen Menschen in ihrem Haushalt Hormonpräparate ein?  Nein

---

Welche Maßnahmen ergreifen Sie selbst, um Ihre Gesundheit zu erhalten?

Keine

---

---

Datum:  
Patient/in:



Naturheilpraxis Glashauser  
Praxis für ganzheitliche Naturheilkunde

## Soziales und Beruf

Ihr Familienstand: \_\_\_\_\_

Anzahl der Kinder: \_\_\_\_\_ Enkelkinder: \_\_\_\_\_

Haben Sie familiäre oder häusliche Belastungen?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Müssen Sie sich um Verwandte kümmern/pflegen?

Ja, wie oft? \_\_\_\_\_  Teilweise  Nein

Warum: \_\_\_\_\_

Haben Sie eine Patientenverfügung abgeschlossen?

Ja  Nein  Offenes Thema

Welchen Hobbys gehen Sie nach? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Welchen Sport treiben Sie und wie oft?  Keinen

\_\_\_\_\_ Stunden die Woche

\_\_\_\_\_ Stunden die Woche

\_\_\_\_\_ Stunden die Woche

Was arbeiten Sie? \_\_\_\_\_

Macht Ihnen ihre Arbeit Spaß?  Nie  Gelegentlich  Meistens  Immer

Sind Sie an ihrem Arbeitsplatz gelegentlich Gesundheitsgefährdenden Stoffen ausgesetzt? (mehrere Antworten möglich)  Nein

Zum Beispiel:  Chemikalien  Asbest  Schwermetall

Gasen/Öle/Farbe  Tieren/Kot  Strahlung

Andere \_\_\_\_\_

Müssen Sie in der Nacht arbeiten?

Nein  Ja, \_\_\_\_\_mal im Monat seit \_\_\_\_\_ Jahren

Gehen Sie regelmäßig in den Urlaub?

Nein  Ja, \_\_\_\_\_mal im Jahr nach: \_\_\_\_\_

Datum:  
Patient/in:



Naturheilpraxis Glashauser  
Praxis für ganzheitliche Naturheilkunde

## Allergien Keine

### Hatten Sie bereits eine allergische Reaktion oder eines der folgenden Symptome?

- |  |  |                                      |
|--|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Heuschnupfen  | <input type="checkbox"/> Asthma Anfall | <input type="checkbox"/> Nesselsucht |
| <input type="checkbox"/> Neurodermitis | <input type="checkbox"/> Milchschorf   |                                      |

### Wenn Sie eine allergische Reaktion haben, dann mit welchen Reaktionen?

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Niesen        | <input type="checkbox"/> Luftnot         | <input type="checkbox"/> Schleimhautschwellung |
| <input type="checkbox"/> Rötung        | <input type="checkbox"/> Schwellung      | <input type="checkbox"/> Juckreiz              |
| <input type="checkbox"/> Bauch Krämpfe | <input type="checkbox"/> Erbrechen       | <input type="checkbox"/> Durchfall             |
| <input type="checkbox"/> Schwindel     | <input type="checkbox"/> Blutdruckabfall | <input type="checkbox"/> Bewusstlosigkeit      |

### Wann treten Ihre Beschwerden auf?

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ganzjährig, außer im Urlaub | <input type="checkbox"/> nur Februar, März oder April        |
| <input type="checkbox"/> Nur von April bis August    | <input type="checkbox"/> In einem Raum, evtl mit Klimaanlage |

Sonstige Momente: \_\_\_\_\_

### Gegen welche Stoffe/Pollen/Medikamente sind Sie Allergisch?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Haben Sie eine Nahrungsmittelunverträglichkeit?  Nein

Welche Nahrungsmittel: \_\_\_\_\_

### Haben Sie bekannte Intoleranzen?

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Fruktoseintoleranz | <input type="checkbox"/> Laktoseintoleranz |
| <input type="checkbox"/> Histaminintoleranz | <input type="checkbox"/> Glutenintoleranz  |

Zeigen Sie Reaktionen gegen Präparatzusätze?  Nein

Welche Zusätze: \_\_\_\_\_

Datum:  
Patient/in:



Naturheilpraxis Glashauser  
Praxis für ganzheitliche Naturheilkunde

## Emotionales

Antworten Sie bitte mit einer der vier aufgeführten Möglichkeiten.

***1.Nie/selten***

***2.gelegentlich***

***3.öfters***

***4.häufig***

Haben Sie Stress? \_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_

Können Sie schlecht abschalten? \_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_

Leiden Sie unter Unruhe? \_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_

Sind Sie leicht reizbar? \_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_

Arbeiten Sie zuviel? \_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_

Haben Sie das Gefühl ihre Arbeit nicht mehr  
bewältigen zu können? \_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_

Fühlen Sie sich Wertlos? \_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_

Können Sie sich nicht mehr für Dinge begeistern? \_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_

Stehen Sie emotional unter starker Anspannung? \_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_

Haben Sie kalte Hände oder Füße? \_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_

Tritt eine Erkältung bzw. Abgeschlagenheit  
nach Überforderungen ein? \_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_

Können Sie ihre Freizeit, Abendprogramm  
auf Grund von Erschöpfung nicht mehr gestalten? \_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_

Schauen sie hoffnungslos in die Zukunft? \_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_

Machen sie am liebsten alles Selbst? \_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_

Entwickeln Sie Angst ohne ersichtlichen Grund? \_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_

Sind Sie geistig voll leistungsfähig  
und können sich konzentrieren \_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_

**Nehmen Sie Präparate zur Stressbewältigung oder Aufheiterung?**

z.B. Drogen, Medikamente, Nahrungsergänzungsmittel

Welche: \_\_\_\_\_

**Interessieren Sie sich für Übungen zur mentalen Balance?**

Sehr ungern

teilweise

gerne, wenn es hilft



Datum:  
Patient/in:



Naturheilpraxis Glashauser  
Praxis für ganzheitliche Naturheilkunde

## Ernährung

Rauchen Sie?  Ja  Nein

Packungen am Tag \_\_\_\_\_

Seit wie vielen Jahren \_\_\_\_\_

### Wie viel trinken Sie pro Tag und was?

Wasser: \_\_\_\_\_

Süßgetränke: \_\_\_\_\_

Tee: \_\_\_\_\_

Kaffe: \_\_\_\_\_

Anderes: \_\_\_\_\_

### Wie viel Alkohol trinken Sie in der Woche?

Bier: \_\_\_\_\_

Nur zu besonderen Anlässen

Wein: \_\_\_\_\_

Hochprozentig: \_\_\_\_\_

Halten Sie sich an eine bestimmte Ernährungsweise?  Ja  Nein

Vollwert

Vegetarisch

Vegan

Paleo

Low-Carb

Ketogen

Anderes: \_\_\_\_\_

### Wie viel Portion Obst und Gemüse essen sie täglich?

Nie/Wenig  1 bis 2 Hand voll  3 bis 4 Hand voll  5 Hand voll oder mehr

### Wie schätzen Sie die tägliche Menge an verzehrten Milchprodukten ein?

Nie/Wenig  Mäßig (1-2 mal)  Oft ( 3-4 mal)  Häufig (mehr als 5 mal)

### Wie schätzen Sie die tägliche Menge an verzehrten Fleischprodukten/Wurst ein?

Nie/Wenig  Mäßig (1-2 mal)  Oft ( 3-4 mal)  Häufig (mehr als 5 mal)

### Wie schätzen Sie die tägliche Menge an verzehrten Fischprodukten ein?

Nie/Wenig  Mäßig (1-2 mal)  Oft ( 3-4 mal)  Häufig (mehr als 5 mal)

### Wie schätzen Sie die tägliche Menge an verzehrten Mehlprodukten (Nudeln, Brötchen, Pizza, ...) ein?

Nie/Wenig  Mäßig (1-2 mal)  Oft ( 3-4 mal)  Häufig (mehr als 5 mal)

### Wie schätzen Sie die tägliche Menge an verzehrten zuckerhaltigen Produkten (Marmalade, Kekse, Schokolade, Limonade, Kuchen, ...) ein?

Nie/Wenig  Mäßig (1-2 mal)  Oft ( 3-4 mal)  Häufig (mehr als 5 mal)

### Wollen Sie ihre Ernährungsgewohnheiten mit unserer Hilfe verbessern?

Sehr ungern

teilweise

gerne, wenn es hilft

Datum:  
Patient/in:



Naturheilpraxis Glashauser  
Praxis für ganzheitliche Naturheilkunde

### Wie ist ihre Essverhalten/Appetit und Trinkverhalten/Durst?

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Appetitlos              | <input type="checkbox"/> Heißhunger          | <input type="checkbox"/> Sehr durstig      |
| <input type="checkbox"/> Kein Durst              |  |  |
| <input type="checkbox"/> Viele kleine Mahlzeiten | <input type="checkbox"/> Nur Hauptmahlzeiten | <input type="checkbox"/> Essen auch Nachts |

### Verlangen nach: (mehrere Möglich) Keine Auffälligkeiten

- |                                 |                                 |                                  |                                   |                                 |
|---------------------------------|---------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Süß    | <input type="checkbox"/> Pikant | <input type="checkbox"/> Fleisch | <input type="checkbox"/> Obst     | <input type="checkbox"/> Bitter |
| <input type="checkbox"/> Salzig | <input type="checkbox"/> Scharf | <input type="checkbox"/> Eier    | <input type="checkbox"/> Gemüse   | <input type="checkbox"/> Käse   |
| <input type="checkbox"/> Sauer  | <input type="checkbox"/> Fettig | <input type="checkbox"/> Milch   | <input type="checkbox"/> Getreide | <input type="checkbox"/> Fisch  |

### Abneigungen von: (mehrere Möglich) Keine Auffälligkeiten

- |                                 |                                 |                                  |                                   |                                 |
|---------------------------------|---------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Süß    | <input type="checkbox"/> Pikant | <input type="checkbox"/> Fleisch | <input type="checkbox"/> Obst     | <input type="checkbox"/> Bitter |
| <input type="checkbox"/> Salzig | <input type="checkbox"/> Scharf | <input type="checkbox"/> Eier    | <input type="checkbox"/> Gemüse   | <input type="checkbox"/> Käse   |
| <input type="checkbox"/> Sauer  | <input type="checkbox"/> Fettig | <input type="checkbox"/> Milch   | <input type="checkbox"/> Getreide | <input type="checkbox"/> Fisch  |

### Haben sie ab und an eines der Folgenden Symptome?

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Zahnfleischbluten   | <input type="checkbox"/> Herpes der Lippen  |
| <input type="checkbox"/> Trockenheit im Mund | <input type="checkbox"/> Starken Mundgeruch |

### Wie ist ihre Verdauung?

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Völlegefühl n. d. Essen     | <input type="checkbox"/> Sodbrennen                        |
| <input type="checkbox"/> Vermehrte Blähungen         | <input type="checkbox"/> Vermehrtes Aufstoßen              |
| <input type="checkbox"/> Stuhldrang nach Nahrung     | <input type="checkbox"/> Übelkeit / Erbrechen nach Nahrung |
| <input type="checkbox"/> Unverdaute Nahrung im Stuhl | <input type="checkbox"/> Keine Auffälligkeiten             |

## Stuhl

### Stuhlgang

- |   |   |                                       |
|---|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Täglich: _____ | <input type="checkbox"/> Häufig Verstopfung | <input type="checkbox"/> Wechselhaft  |
| <input type="checkbox"/> Unregelmäßig   | <input type="checkbox"/> Häufig Durchfall   | <input type="checkbox"/> Ungewöhnlich |

### Konsistenz des Stuhls (mehrere Antworten möglich)

- |  |  |                                       |
|--|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Dunkel                  | <input type="checkbox"/> Hell                          | <input type="checkbox"/> Gelb/Grau    |
| <input type="checkbox"/> Hart                    | <input type="checkbox"/> Weich                         | <input type="checkbox"/> Knollig      |
| <input type="checkbox"/> Schmierig               | <input type="checkbox"/> Klebrig                       | <input type="checkbox"/> Schleimig    |
| <input type="checkbox"/> Bleistiftstark          | <input type="checkbox"/> Blutig                        | <input type="checkbox"/> mit viel Gas |
| <input type="checkbox"/> Kann Stuhl nicht halten | <input type="checkbox"/> Gefühl nicht fertig zu werden |                                       |

## Urin

Wie oft am Tag lassen Sie Wasser? Letzte Woche \_\_\_\_\_ am Tag

### Wie viel und wie sieht ihr Urin aus? (mehrere Antworten möglich)

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Immer große Mengen | <input type="checkbox"/> Tröpfchenweise     | <input type="checkbox"/> Normale Menge |
| <input type="checkbox"/> Transparent        | <input type="checkbox"/> Hellgelb           | <input type="checkbox"/> Dunkelgelb    |
| <input type="checkbox"/> Pink bis rötlich   | <input type="checkbox"/> Orange             | <input type="checkbox"/> Malzbierbraun |
| <input type="checkbox"/> Blau/grün          | <input type="checkbox"/> Schaumig/sprudelnd |  |

Datum:  
Patient/in:



Naturheilpraxis Glashauser  
Praxis für ganzheitliche Naturheilkunde

## Frauenthemen

Wann war ihre letzte gynäkologische Untersuchung? \_\_\_\_\_

Wie ist ihr Monatszyklus?

- regelmäßig, alle \_\_\_\_\_ Tage  habe keinen  
 unregelmäßig, wie genau \_\_\_\_\_

Schmerzintensität  kaum  gut verkräftbar  unerträglich  
Blutungsintensität  schwach  normal  stark  sehr stark

Haben Sie häufig Menstruationsbeschwerden?  Ja  Nein

Welche: \_\_\_\_\_

Haben sie Potenz- /Libidoprobleme?  Nein

In welcher Form: \_\_\_\_\_

Sind Sie schwanger?  Ja, in welchem Monat \_\_\_\_\_  Nein

Blieb ihr Kinderwunsch bisher unerfüllt?  Ja  Nein

Wie lange besteht der unerfüllte Kinderwunsch: \_\_\_\_\_

Anzahl der Schwangerschaften \_\_\_\_\_

Anzahl der Geburten \_\_\_\_\_

Welche Maßnahmen ergreifen Sie zur Empfängnisverhütung?

- Pille  Kondom  
 Hormonspirale  Kupferspirale  
 Hormonspritze  Temperaturmessung

Andere: \_\_\_\_\_

Haben Sie Befindlichkeits-Störungen im Vaginalbereich?  Nein

- Ausfluss  Brennen  
 Juckreiz  trockene Schleimhäute

Andere: \_\_\_\_\_

Leiden Sie unter ständig wiederkehrenden Harnwegsinfekten?  Nein

Wie oft im Jahr? \_\_\_\_\_

Ist eine der folgenden Erkrankungen bei ihnen diagnostiziert?

- Zysten  Myome  Endometriose

Oder Andere: \_\_\_\_\_

Haben Sie wechselnde Liebespartner?

- Nur 1  öfters andere  keine Antwort

Datum:  
Patient/in:



Naturheilpraxis Glashauser  
Praxis für ganzheitliche Naturheilkunde

## Wohnung

Ist Ihr Zuhause ein Erholungsort?  Ja  Nein, warum? \_\_\_\_\_

Haben Sie Haustiere?  Ja, welche \_\_\_\_\_  Nein

Wird bei Ihnen zu Hause oder am Arbeitsplatz geraucht?  Ja  Nein

Haben oder hatten Sie zu Hause einen Schimmelbefall?  Ja  Nein

## Schlaf

Haben sie Schlafstörungen?  Ja  Nein

Welche: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Wachen Sie nachts auf? Wie oft: \_\_\_\_\_ Um wie viel Uhr \_\_\_\_\_

Ist Ihre Nacht erholsam?  Ja  Nein

Schnarchen Sie während dem Schlaf?  Sehr Intensiv  Öfters  Selten

Leiden Sie unter Nachtschweiß?  Ja  Nein  Nur bei Krankheit

Wann sind Sie die letzte Woche durchschnittlich

zu Bett: \_\_\_\_\_ aufgewacht: \_\_\_\_\_  
eingeschlafen \_\_\_\_\_ aufgestanden: \_\_\_\_\_

Was machen Sie 1 Stunde vor dem zu Bett gehen?

\_\_\_\_\_

Haben Sie Nachts ...?

- |   |                                    |   |
|---|------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> viele Träume   | <input type="checkbox"/> Albträume | <input type="checkbox"/> keine Träume   |
| <input type="checkbox"/> unruhige Beine | <input type="checkbox"/> Ängste    | <input type="checkbox"/> Zähneknirschen |

Andere Erscheinungen: \_\_\_\_\_