

Fragebogen für ausführliche Beratung

Erwachsene

Name

Geburtsdatum

Tel.Nr.

Beschwerden:

Was?

Wo?

Wie?

Wann?

Wodurch besser/schlechter?

Ziel

Bereits durchgeführte Behandlungen

Bekannte aktuelle Diagnosen, derzeitige Medikamente/Nahrungsergänzungsmittel

Durchgemachte Erkrankungen, Antibiotika?

Verletzungen/ Operationen

Impfungen

Allergien/Unverträglichkeiten

Besondere Erkrankungen und Allergien in der Familie (Kinder, Eltern, Geschwister, Großeltern)

Bekannte Besonderheiten in eigener frühester Kindheit: (Schwangerschaft/Geburt/Stillzeit)

Typische Mahlzeiten: wann und was?

Früh:

Mittags:

Abends:

Zwischenmahlzeiten:

Vorlieben/Abneigungen von Speisen und Getränken

Trinken: was und wie viel über den Tag verteilt?

Verdauung, Harnlassen: Wann, wie oft?

Breiiger/weicher/kompakter/fester/harter Stuhl?

Leicht/mittelschwer/schwer zu säubern?

Schlaf: Ein/Durchschlafen, Lage, Träume, Schlafqualität

Wärme/Kälteempfinden

Schwitzen

Menstruation: Dauer, Abstand, Stärke, Menopause

Schwangerschaften, Geburten

Empfindlichkeit auf äußere Einflüsse: Wetter, Mond, Geräusche, Gerüche,...

Verlangen nach Bewegung/Frischluft?

Ängste

Ärger/Eifersucht

Umgang mit Kummer und Trost

Konzentration, Gedächtnis

Charakter-Selbstbeschreibung

Familien-/Wohnsituation

Prägende Lebenssituationen

Sonstige wichtige Informationen:

Beschwerden/Auffälligkeiten von Kopf-Fuß

Kopf: Schmerzen, Kopfhaut

Augen: Fehlsichtigkeit, Entzündungen, Trockenheit

Nase

Ohren

Schwindel

Nase(nnebenhöhlen)

Zähne: Karies/Zähneknirschen/Zahnherde/Fehlstellungen

Zunge

Hals innen – Entzündungen, Schmerzen

Hals außen (Schilddrüse, Nacken)

Herz/Blutdruck

Lunge/Bronchien

Magen/Übelkeit/Sodbrennen

Leber/Gallenblase/Bauchspeicheldrüse

Darm/Hämorrhoiden

Gebärmutter/Eierstöcke

Blase/Niere/Prostata

Extremitäten/Gelenke

Wirbelsäule/Bandscheiben

Haut/Nägel/Haare

Venen/Schwellungen

Haut