

Ganzheitsmedizinische Anamnese



Liebe Patientin, lieber Patient,

Sie haben sich für eine ganzheitliche Diagnostik und/oder -Therapie angemeldet. Es ist wichtig, dass ich bereits bei unserem ersten Gespräch umfassende Information bekomme.

Bitte beantworten Sie daher die folgenden Fragen so genau wie möglich.

Herzlichen Dank für die Mithilfe.

Dipl.-Med. Brigitte Benkenstein

Name:		Vorname:	
Beruf:		Geb.-Datum:	
Adresse:			
PLZ/Wohnort:			
Telefon: Mobiltelefon:		E-Mail:	

Fragebogen

1. Wegen welcher Gesundheitsprobleme kommen Sie zu mir? Bitte nennen Sie einfach Stichworte!

Seit wann bestehen diese Probleme? _____

2. Sind Sie sonst mit Ihrem Gesundheitszustand zufrieden? Falls nicht, welche Probleme haben Sie außerdem?

3. Was sind Ihre Wünsche an die Behandlung?

Anders gefragt: Wie müsste es sein, damit Sie von sich sagen können: „Ich bin gesund, so bin ich zufrieden mit mir“? Welche Eigenschaften müsste Ihr Körper/müssten Sie haben, damit Sie zufrieden sein könnten?

4. Sind Ihre Beschwerden schlimmer: nachts tagsüber
 vormittags nachmittags

5. Wodurch werden Ihre Beschwerden ausgelöst?

6. Gehen Ihre Beschwerden bei Abwesenheit aus Ihrer Wohnung (z. B. Urlaub) zurück?
 Falls ja, welche Beschwerden werden besser?

Welche Beschwerden bestehen fort?

7. Unter welchen der folgenden Symptome leiden Sie?

Bitte kreuzen Sie das Wort an, wenn es zutrifft. Wählen Sie je nach Intensität der Symptomatik ein bis fünf Kreuze. Falls Sie ein * hinter einem Begriff finden, können Sie weiter unten detaillierte Angaben machen.

<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> allgemeine Schwäche	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> innere Unruhe	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> schlechte Merkfähigkeit
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> innere Geheitztheit	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Reizbarkeit	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Konzentrationsstörung
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Depressivität	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Antriebslosigkeit	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Denkstörungen
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Schüchternheit	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Schlafstörungen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Stimmungsschwankung	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Lustlosigkeit	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Denkblockaden/Wortfindungsstörungen
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Atemnot	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Reizhusten	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> trockene Nase
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fließschnupfen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> verstopfte Nase	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nasennebenhöhlenentzündung
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Herzbeschwerden	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Herzklopfen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Herzschmerzen
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörung	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Herzunruhe	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Herzangst
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Kreislaufstörungen
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Blutfetterhöhung	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> kalte Hände/Füße	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nachtschweiß
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> vermehrtes Frieren	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> vermehrtes Schwitzen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> gestörtes Kälte-/Wärmeempfinden
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Harninkontinenz/Harnträufeln	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Reizblasenerscheinungen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Entzündungen im Genitalbereich
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nackenverspannungen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Rückenschmerzen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ziehende Beinschmerzen
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Gelenkschmerzen*	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Knochenschmerzen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Muskelschmerzen
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> unruhige Beine	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Muskelschwäche	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Knieschmerzen
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sehnscheidenentzündung	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Unsicherheiten beim Gehen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Schwindelgefühl
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Zittern		

<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Gesichtsschwellungen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Lidschwellungen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Juckreiz
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Allergien*	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hautprobleme*	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Schleimhautprobleme
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Zungenbrennen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Zahnfleischbluten	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Haarausfall
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Verhornungsstörungen der Haut	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Augenjucken/ -brennen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Mundtrockenheit
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nierenschmerzen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Leibschmerzen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Leistenbeschwerden
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Aufstoßen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Schluckbeschwerden	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Magenbeschwerden
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Blähungen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sodbrennen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Mundgeruch
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Kloßgefühl	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hals-Rachen-Beschwerden
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Gefühlsstörungen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nervenstörungen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Geruchsstörungen
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sehstörungen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hörstörungen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Geschmacksstörungen
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Schwerhörigkeit	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ohrensausen/ -piepen/ -brummen	
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hormonstörungen*	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Regelstörungen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sexuelle Störungen
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Infektanfälligkeit		

8. Bei Gelenkschmerzen:

Wie lange schon haben Sie Gelenkschmerzen? _____

An welchen Gelenken fing es an?

Welche Gelenke sind jetzt betroffen?

Sind auch Weichteilbereiche betroffen? Ja Nein

Welche Behandlungsverfahren haben Sie deshalb schon bekommen?

9. Bei Allergien:

An welchen Körperstellen, und/oder wie äußern sich bei Ihnen Allergien?

Welche Ergebnisse sind durch Allergietestungen bislang ermittelt worden?

Wie oft haben Sie unter Allergien zu leiden?

Welche Therapien sind bislang für die Allergien erfolgt?

10. Bei Hautproblemen:

Wie äußern sich diese, wo sind sie lokalisiert?

11. Bei Hormonstörungen:

Welche Hormonstörungen haben Sie, was ist untersucht worden, wie äußern sich diese?

12. Zur Regel:

Wann hatten Sie die erste Regel in Ihrem Leben? Mit ____ Jahren.

Haben sich die Regeln schnell eingespielt? _____

In welchen Zeitabständen kommt Ihre Regel? _____

Ist sie mit starken Schmerzen verbunden? _____

Welche Probleme gibt es sonst mit der Regel?

Leiden Sie unter Wechseljahresbeschwerden? Ja Nein

Falls ja, seit wann? _____

Welcher Art?

Nehmen Sie Hormone wegen Wechseljahresbeschwerden ein (auch Pflaster)? _____

Seit wann und welche?

Wie vertragen Sie diese?

Geht es Ihnen seither besser? _____

13. Bekommen Sie leicht Fieber? Ja Nie selten

Wann hatten Sie zuletzt Fieber? _____

Haben Sie häufig Infekte/Erkältungen? Ja Nein

Wie lange dauern diese meistens an? ____ Tage ____ Wochen

Wie äußern sich die Infekte bei Ihnen meistens (welche Symptome)?

14. Welche Medikamente nehmen Sie ein? (Bitte auch Beruhigungsmittel, Schlafmittel, Abführmittel usw. aufführen!)

15. Nehmen Sie die (Antibaby-) Pille? Ja Nein

Oder haben Sie diese früher genommen? Ja Nein

16. Wie lange haben Sie insgesamt die Pille genommen/Spirale getragen?

___ Jahre / ___ Monate die Pille
___ Jahre/ ___ Monate die Spirale

17. Haben Sie in den letzten Monaten/Jahren Antibiotika einnehmen müssen? Ja Nein
ca. ___ Mal; im Verlauf von ___ Monaten / ___ Jahren

18. An welchen Kinderkrankheiten waren Sie erkrankt? (bitte ankreuzen und ggf. ergänzen)

Masern, Mumps, Röteln, Scharlach, Windpocken, Ringelröteln,
 falscher/echter Croup, Windpocken, Kinderlähmung, 3-Tages-Fieber,
 Milchschorf, Wurmbefall

19. Welche Impfungen haben Sie erhalten? (bitte ankreuzen und ggf. ergänzen)

Diphtherie, Tetanus (Wundstarrkrampf), Kinderlähmung, Hirnhautentzündung,
 Keuchhusten, Gelbfieber, Gelbsucht (Hepatitis A, B), Zeckenimpfung,
 Tuberkulose, Grippeimpfung (Jahr? _____), Typhus
Haben Sie Nebenwirkungen erlebt?

Bitte bringen Sie eine Kopie des Impfausweises mit.

20. Haben Sie Probleme mit dem Gebiss? Falls ja, welche?

Haben Sie Zahnfüllungen (Amalgam, Gold, Porzellan, Kunststoff)? Ja Nein

Haben Sie wurzelbehandelte Zähne (tote Zähne)? Ja Nein

Tragen Sie Prothesen / Prothesenteile? Ja Nein

Nehmen Sie diese nachts aus dem Mund? Ja Nein

Wann waren Sie zuletzt beim Zahnarzt? _____

Was wurde in Ihrem Gebiss behandelt? Bitte schildern Sie, was Ihnen bekannt ist.

Wurde eine Zahnstellungskorrektur durchgeführt? Ja Nein

Wann haben Sie die ersten Amalgamfüllungen in die Zähne erhalten? mit ____ Jahren

Wann haben Sie die erste Überkronung / Prothese erhalten? mit ____ Jahren

Ist Amalgam bei Ihnen entfernt worden? Ja Nein

Könnten Sie mir Ihr letztes Zahn-Röntgenbild zur Verfügung stellen? Ja Nein

21. Welche Erkrankungen, Krankenhausaufenthalt und/oder Operationen haben Sie bisher durchgemacht?

Bitte denken Sie auch an:

- | | |
|---|----------------------------|
| <input type="radio"/> Lymphknotenschwellungen | Ihr damaliges Alter: _____ |
| <input type="radio"/> Pilzkrankungen | Ihr damaliges Alter: _____ |
| <input type="radio"/> Warzen | Ihr damaliges Alter: _____ |
| <input type="radio"/> Schnitt- und Platzwunden | Ihr damaliges Alter: _____ |
| <input type="radio"/> Knochenbrüche | Ihr damaliges Alter: _____ |
| <input type="radio"/> Mittelohrentzündungen | Ihr damaliges Alter: _____ |
| <input type="radio"/> Nasennebenhöhleninfektionen | Ihr damaliges Alter: _____ |
| <input type="radio"/> Blinddarmreizungen | Ihr damaliges Alter: _____ |
| <input type="radio"/> Wiederkehrende Mandel-/Halsentzündungen | Ihr damaliges Alter: _____ |
| <input type="radio"/> Herpes-Infektionen | Ihr damaliges Alter: _____ |
| <input type="radio"/> Gürtelrose | Ihr damaliges Alter: _____ |
| <input type="radio"/> Gallenprobleme | Ihr damaliges Alter: _____ |
| <input type="radio"/> Nierenerkrankungen | Ihr damaliges Alter: _____ |
| <input type="radio"/> Leberprobleme | Ihr damaliges Alter: _____ |
| <input type="radio"/> Probleme mit der Blase | Ihr damaliges Alter: _____ |
| <input type="radio"/> Schilddrüsenerkrankungen | Ihr damaliges Alter: _____ |
| <input type="radio"/> Problem mit dem Herzen | Ihr damaliges Alter: _____ |
| <input type="radio"/> Darmprobleme | Ihr damaliges Alter: _____ |
| <input type="radio"/> Krebserkrankungen | Ihr damaliges Alter: _____ |
| <input type="radio"/> Reaktion auf Insektenstiche | Ihr damaliges Alter: _____ |
| <input type="radio"/> sonstige | Ihr damaliges Alter: _____ |

22. Welche Erkrankungen sind Ihnen in Ihrer Familie bekannt? (Bei wem trat sie auf?)

23. Wie ernähren Sie sich?

Diese Frage ist sehr wichtig, bitte seien Sie ehrlich zu sich selbst und mir gegenüber. Ich kann Ihre Problematik sonst nicht richtig einschätzen und nicht die richtigen Therapieempfehlung-en geben. Sollten Sie die Ernährung vor kurzer Zeit geändert haben, nehmen Sie bitte zwei Farbstifte: z. B. GRÜN ist die jetzige Ernährung und ROT die vorherige. Nennen Sie den Zeitpunkt der Umstellung.

Ich achte besonders auf:

Die folgenden Angaben sind durchschnittlich gemeint. Gefragt ist: ? mal pro Woche

Ich esse _____ mal pro Woche Fleisch, meist _____-Fleisch

Ich esse _____ mal pro Woche Wurst, meist _____-Wurst

Ich esse _____ mal pro Woche Eier, meist _____

Ich esse _____ mal pro Woche Kuchen, meist _____-Kuchen

Ich esse _____ mal pro Woche Süßes, meist _____

Ich esse _____ mal pro Woche Knabber-Leckereien (auch Gesalzenes)

Ich esse _____ mal pro Woche _____ Löffel Zucker / _____ Süßstoff pro Tag

In der Regel esse ich...

... zum Frühstück:

... zum Mittag:

... zum Abendbrot:

Mein Lieblingsgericht ist: _____

Ich trinke ca. _____ Liter Flüssigkeit pro Tag, meist: _____

Ich trinke ca. _____ Liter Milch pro Tag / Woche

Ich esse ca. _____ Gramm Käse / Liter Joghurt / Quark

→ pro Tag / Woche

Ich trinke ca. _____ Liter Kaffee / Schwarztee

→ pro Tag / Woche

Ich trinke ca. _____ Liter Saft / Mineralwasser / Wasser / Cola

→ pro Tag / Woche

Mein Honigkonsum beträgt: _____ Löffel / Gramm

→ pro Tag / Woche

Ich trinke an _____ Tagen pro Wochen Alkohol, meist: Bier / Wein / Scharfes

0,1 / 0,2 / 0,5 / 1 / _____ Liter

_____ Tage pro Woche sind also alkoholfrei.

Ich / Wir besitzen einen Mikrowellenherd seit _____ Monaten / Jahren

Er findet Verwendung bei(m): _____

Mein Nikotinkonsum beträgt ____ Zigaretten
→ pro Tag / Woche

Ich kaue _____ mal pro Tag / Woche Kaugummi / Lakritze

Ich habe Heißhunger auf: _____
ca. _____ pro Tag / Woche

Essen / trinken Sie so genannte Light-Produkte? Falls ja, welche? (*andere Namen sind u.a. „du darfst“, „Lite...“, „Soft...“, „alkoholfrei“, „coffeinfrei“*)

Ich vertrage folgende Speisen und Getränke nicht:

Diese lösen bei mir folgende Beschwerden aus:

24. Wo verbringen Sie in der Regel Ihren Urlaub?

Wie viele Wochen im Jahr machen Sie Urlaub? _____

Wie lange davon fahren Sie weg? _____

Ändern sich Ihre Beschwerden im Urlaub? Ja Nein
Falls ja, wird es zu ____% besser / schlechter?

25. Benutzen Sie Solarien / Bräunungsstudios?
__ mal pro Tag / Woche / Monat

26. Haben Sie Haustiere? Welche?

27. Träumen Sie? viel wenig nie
 angenehm angstvoll unangenehm
 oft das Gleiche

Wachen Sie zu bestimmten Zeiten nachts auf, falls ja wann? um ____ Uhr

Wachen Sie morgens gerädert auf? Ja Nein

Sind Sie morgens ausgeschlafen? Ja Nein

Schlafen Sie unruhig? Ja Nein

Wühlen Sie im Bett? Ja Nein

Wann gehen Sie meist schlafen? um ____ Uhr.

Wann stehen Sie meist auf? um ____ Uhr.

Falls Sie unter Schlafstörungen leiden: Ich schlafe schlecht ein / schlecht durch

28. Seit wann wohnen Sie im jetzigen Haus? _____ Jahre / Monate

29. Seit wann schlafen Sie am jetzigen Platz? _____ Jahre / Monate

30. Ich schlafe im: Erdgeschoss / _____ Stockwerk

31. Beschreiben Sie bitte Ihr Haus: Einfamilienhaus Mehrfamilienhaus
 Reihnhaus Bungalow
 Hochhaus Fertighaus
 Massivhaus Betonhaus
 Holzhaus Ziegelbau
Sonstiges:

32. Bitte fertigen Sie eine Skizze (ganz einfach, ohne Lineal, einfach aus der Hand und ganz grob skizziert, mit Nordpfeil) über die Lage des Schlafzimmers im Stockwerk und die Lage des Bettes im Schlafzimmer an. Zeichnen Sie bitte die elektrischen Geräte und Leitungen in der Umgebung Ihres Bettes ein, auch die auf der anderen Seite der angrenzenden Wand, wenn es sich nicht um eine Außenwand handelt. Sie können gern ein zusätzliches Blatt benutzen.

Welcher Raum grenzt an das Schlafzimmer an? _____

Welche elektrischen Geräte befinden sich im Schlafzimmer und an der dahinterliegenden Wand?

Welcher Raum befindet sich unter dem Schlafzimmer? _____

Wo gibt es im Raum Steckdosen und Verlängerungskabel etc.?

33. Welche Matratzen haben Sie? Federkernmatratzen Schaumstoff
 Latex
 anderes: _____

34. Auf welcher Unterlage ruht Ihre Matratze? Lattenrost
 Sprungfeder-Rahmen
 Fußboden
 sonstiges: _____

35. Haben Sie einen verstellbaren Unterrahmen? Ja Nein
Mit Motor? Ja Nein

36. Haben Sie in Bettnähe Folgendes? Radiowecker
 elektrischen Wecker in der Steckdose
 tragbares Telefon Eurosignal o. Ä.
 Fernsehgerät Videorecorder
 Fernbedienung Abschirm-Matte
 Heißlüfter o. Ä. Dimmer
 Heizdecke/-kissen
 sonstiges:
-
-

37. Tragen Sie relativ regelmäßig Schmuck? Ja Nein
Welcher Art?

Legen Sie diesen nachts an? Ja Nein

38. Tragen Sie (regelmäßig)? Nylonwäsche Perlinstrumpfhosen
 Mieder Leibbinden

39. Benutzen Sie ein Handy/Natel? Ja Nein
Wenn ja, wie oft am Tag? ___ x / Tag, je ca. ___ Min

40. Gibt es in Ihrer Wohnung ein schnurloses Telefon? Ja Nein
seit: _____ Jahren

41. Wie viele Stunden am Tag arbeiten Sie? _____

42. Wann und was hat sich in Ihrer beruflichen Situation Entscheidendes geändert?

43. Haben Sie Kinder?
Falls ja, wie viel in welchem Alter:
-
-

44. Was unternehmen Sie in Ihrer Freizeit?

45. Welche Hobbys haben Sie?

46. Gehören Sie einem Verein / Selbsthilfegruppe an? Ja Nein
Falls ja, welchem _____

47. Haben Sie eine zufriedenstellende Partnerschaft / Ehebeziehung? Ja Nein

48. Was stört Sie an Ihrer Sexualität in Ihrer(n) sexuellen Beziehung(en)?

49. Was müsste sein, damit Sie sagen können: „Ich habe eine gute Beziehung zu meinem Partner?“

50. Sind Sie religiös? Ja Nein
Falls ja, in welcher Weise?

51. Meditieren Sie? Ja Nein
Falls ja, in welcher Weise?

52. Hören Sie Musik? Welche Art?

53. Spielen Sie ein Musikinstrument? Welches Ja Nein

54. Treiben Sie Sport? Welchen? Ja Nein

55. Lesen Sie Zeitschriften/Bücher? Welcher Art? Ja Nein

56. Wie ist Ihr Fernsehkonsum (einschl. Videofilme)?
 1–4 Stunden pro Woche
 5–8 Stunden pro Woche
 1 Stunde täglich
 1–2 Stunden täglich
 2–3 Stunden täglich
 3–4 Stunden täglich
 mehr ___ Stunden täglich

57. Wie groß ist der übliche Abstand vom Fernsehgerät?

1m 2m 3m 4m

58. Spielen Sie Videospiele / Gameboy oder Ähnliches? Ja Nein
Falls ja, wie viele Stunden pro Tag? _____ Stunden

59. Wie viele Stunden täglich verbringen Sie im Durchschnitt vor dem Computer?
_____ Stunden pro Tag

Sie sind nun fast am Ende angekommen, sollen aber an dieser Stelle die Gelegenheit erhalten, für Sie wichtige Dinge an dieser Stelle zu notieren:

Herzlichen Dank für Ihre Mühe.

Bei unserem nächsten Termin werden Sie merken, wie sehr Sie mich mit Ihrer Beteiligung unterstützt haben.

Ihre Dipl.-Med. Brigitte Benkenstein
Praxis für ganzheitliche Medizin und Frauenheilkunde