



Praxis Dr. med. Nicolai Schreck



Speckweg 22, 68305 Mannheim



+49 (0)621 751469



email@praxis-dr-schreck.de



Basis-Fragebogen zu Ihrer Ganzheits- medizinischen Untersuchung

Ihre Patienten-ID Die Patienten-ID ist die 4stellige Nummer,
die Sie bei Ihrer Anmeldung erhalten haben!

Ihr geplanter Untersuchungstermin

Datum Uhrzeit

Telefon (Erreichbarkeit für Rückfragen) Email

Wann haben Sie den Fragebogen ausgefüllt?

Geschlecht weiblich

unbestimmt

Männer verwenden bitte den
entsprechenden Basis-Fragebogen Männer

Wie alt sind Sie? Jahre

Wie groß sind Sie? cm

Was wiegen Sie? kg

Beruf

derzeitige Tätigkeit Schichtarbeit

Haben Sie Kinder? nein ja ⇨ wieviele? in welchem Alter?

Wohnen Sie... alleine mit (Ehe-)Partner mit Kind(ern)

Wie sind Sie auf unsere Praxis gekommen?

Was ist Ihr Anlaß zu dieser Untersuchung?

reine Vorsorge

Ich nehme bereits Nahrungsergänzungsmittel, bin mir aber nicht sicher, was ich wie nehmen sollte

Ich habe aktuell folgende Beschwerden / Erkrankungen

Welche Behandlungen hatte Sie wegen dieser Beschwerden schon? Bei welchen Therapeuten waren Sie damit?



Erkrankungen

Haben Sie (weitere) chronische Erkrankungen?

- Schilddrüsenerkrankung Depression Angststörung PTBS andere psych. Erkrankung
- Heuschnupfen Asthma Neurodermitis / Schuppenflechte oft Herpes (Lippen o. genital)
- ich hatte einen Herzinfarkt, wann? Zuckererkrankung (Diabetes) (Ich spritze Insulin)
- ich hatte einen Schlaganfall, wann? Bluthochdruck Osteoporose
- Ich habe/hatte eine Krebserkrankung Fibromyalgie Lipödem / Lymphödem
- Ich habe folgende Erkrankung(en):

- Ich habe chronische Schmerzen? Wo?
- Ich habe bekannte Allergien gegen

Operationen / Unfälle / Zähne

Monat / Jahr - Operation/ Unfall / Körperregion

(z.B. 11/2014 Blinddarm-OP, 02/1998 Bänderriß rechtes Sprunggelenk, 05/1999 Hautkubbel rechter unterer Rücken entfernt etc.)

<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Wo haben Sie evtl. sonst noch Narben?

Haben Sie Implantate (künstl. Gelenke, Herzschrittmacher, Zahnimplantate etc.)?

Haben Sie jemals Amalgamfüllungen entfernen lassen? ja

Haben Sie wurzelbehandelte Zähne mit Kronen? ja ⇒ Anzahl oben rechts oben links
 Anzahl unten rechts unten links

Medikamente / Nahrungsergänzungsmittel

Welche Medikamente (auch pflanzliche) und Nahrungsergänzungsmittel nehmen Sie regelmäßig o. bei Bedarf ein?

Präparat	Einzeldosis	Dosierung	Präparat	Einzeldosis	Dosierung
z.B. Ramipril	5 mg	2x 1 Tbl.	Vitamin D Trpf	1000 IE/Trpf	10 Trpf. tgl.
<input style="width: 150px;" type="text"/>	<input style="width: 50px;" type="text"/>	<input style="width: 150px;" type="text"/>	<input style="width: 150px;" type="text"/>	<input style="width: 50px;" type="text"/>	<input style="width: 150px;" type="text"/>
<input style="width: 150px;" type="text"/>	<input style="width: 50px;" type="text"/>	<input style="width: 150px;" type="text"/>	<input style="width: 150px;" type="text"/>	<input style="width: 50px;" type="text"/>	<input style="width: 150px;" type="text"/>
<input style="width: 150px;" type="text"/>	<input style="width: 50px;" type="text"/>	<input style="width: 150px;" type="text"/>	<input style="width: 150px;" type="text"/>	<input style="width: 50px;" type="text"/>	<input style="width: 150px;" type="text"/>
<input style="width: 150px;" type="text"/>	<input style="width: 50px;" type="text"/>	<input style="width: 150px;" type="text"/>	<input style="width: 150px;" type="text"/>	<input style="width: 50px;" type="text"/>	<input style="width: 150px;" type="text"/>
<input style="width: 150px;" type="text"/>	<input style="width: 50px;" type="text"/>	<input style="width: 150px;" type="text"/>	<input style="width: 150px;" type="text"/>	<input style="width: 50px;" type="text"/>	<input style="width: 150px;" type="text"/>
<input style="width: 150px;" type="text"/>	<input style="width: 50px;" type="text"/>	<input style="width: 150px;" type="text"/>	<input style="width: 150px;" type="text"/>	<input style="width: 50px;" type="text"/>	<input style="width: 150px;" type="text"/>
<input style="width: 150px;" type="text"/>	<input style="width: 50px;" type="text"/>	<input style="width: 150px;" type="text"/>	<input style="width: 150px;" type="text"/>	<input style="width: 50px;" type="text"/>	<input style="width: 150px;" type="text"/>

Sollten die Zeilen nicht ausreichen, so nutzen Sie das Feld „Sonstiges“ am Ende des Fragebogens!



Ernährung

Ich ernähre mich „normal“ / seit ⇒ vegetarisch vegan milchfrei glutenfrei

sonstige Ernährungsform

Ich frühstücke meist gar nicht / typischerweise folgendes

Nahrungsmittel, die ich gar nicht vertrage

Sind Sie mit Ihrem Körpergewicht zufrieden? ja nein, ich fühle mich zu dick zu dünn

Ich habe in den letzten 6 Monaten kg abgenommen zugenommen

Ich habe häufig Hunger auf Süßes vor allem abends

Was konsumieren Sie oder haben Sie längere Zeit konsumiert? Zigaretten E-Zigarette Cannabis

Verdauung

Ich habe häufig einen geblähten Bauch/ Blähungen Verstopfung dünnen Stuhl wechselnd

Nach dem Essen ist mir häufig übel habe ich ein starkes Völlegefühl werde ich sehr müde

Ich habe oft Sodbrennen / Magenschmerz eher vor dem Essen eher nach dem Essen

Ich muß regelmäßig nachts raus zum Wasserlassen

Haut / Haare / Nägel

Meine Haut ist eher trocken fettig ich bekomme leicht blaue Flecke

Ich habe trockene, spröde Haare Haarausfall (seit) brüchige Nägel

Ich habe oft geschwollene Füße/Beine Ich habe oft / immer kalte Füße Ich schwitze leicht und stark

Schlaf

Ich gehe in der Regel um ca. Uhr ins Bett und stehe um ca. Uhr morgens auf.

Ich habe Probleme einzuschlafen Ich habe oft Alpträume Ich wache immer wieder auf

Ich schwitze stark im Schlaf (meist gegen Uhr)

Wenn ich morgens aufwache... bin ich fit bin ich nicht erholt brauche ich lange, um in die Gänge zu kommen

Sonstige Symptome

Ich habe öfter: ein Schwächegefühl in den Beinen

Herzrasen kalte Knie

Schwindel Kniegelenksverletzungen

Tinnitus (Ohrgeräusch) ⇒ Rauschen Piepton

Gelenkschmerzen

Schmerzen im Nacken-Schulterbereich unteren Rücken

ich fühle mich oft ständig müde und erschöpft

man schätzt mich öfter älter, als ich bin

ich bin oft schreckhaft

ich habe oft Ängste

ich werde leicht wütend

ich fröstel' leicht,
Wärme tut mir gut

ich bin eher leicht überhitzt,
Kälte tut mir gut

Hatten Sie schon mal ein HWS-Trauma (Auffahrunfall, Sturz vom Pferd etc.)? ja nein

Wurden Sie schon mal eingerenkt? ja nein Gehen Sie regelmäßig zur Thai-Massage? ja nein

Haben Sie schon mehr als dreimal im Leben ein Antibiotikum nehmen müssen? ja nein

Haben Sie schon mal über längere Zeit Kortison bekommen (Tabletten/Spritzen)? ja nein



Menstruation / Hormone

Meine erste Regelblutung hatte ich mit Jahren

Sog. „Hormonpräparate“ sind die Pille / Hormonspirale / Hormonspritzen / Hormonimplantate / Hormoncremes, die zur Verhütung oder gegen Wechseljahresbeschwerden verwendet werden.

Ich habe solche Hormonpräparate seit dem Lebensjahr genutzt, zuletzt im Lebensjahr

Verwenden Sie derzeit ein Hormonpräparat? nein ja, welches? (möglichst genaue Bezeichnung):

Seit dem Lebensjahr habe ich keine Regelblutung mehr.

Ich habe oft Ausfluß Vaginalen Juckreiz Ich habe häufig Blasenentzündung Scheideninfekte

Wie war Ihr Zyklus in Zeiten, in denen Sie keine Hormonpräparate verwendet haben bzw. wenn Sie derzeit keine Hormonpräparate verwenden, wie ist er jetzt?

regelmäßige Blutung, alle Tage die Blutung kommt eher unregelmäßig

Die Blutung war / ist schwach mittel stark sie dauert ca. Tage

Ich hatte / habe Schmerzen vor, während der Blutung. Ich habe keine Schmerzen

Sexualität

Das Zusammenspiel der Sexualhormone leidet oft erheblich unter Mikronährstoffmängeln. Ein nicht ausgeglichenes Sexualeben hat nicht immer „nur psychische“ Ursachen, oft ist dies auch ein sensibles Zeichen für Störungen im Hormonhaushalt. Psyche und Körper sind hier nicht zu trennen. Einige aufwendige und teure Laboruntersuchungen lassen sich durch Ihre Angaben zu den folgenden etwas intimeren Fragen oft vermeiden oder reduzieren.

Haben Sie derzeit ein aktives Sexualeben? ja nein, längere Zeit nicht mehr

Wenn ja ⇒ Sind Sie mit Ihrer Sexualität zufrieden? ja nein, eher nicht

Haben Sie Schmerzen beim o. nach dem Geschlechtsverkehr? ja nein

Hat Ihre Libido in letzter Zeit spürbar abgenommen? ja nein

Besteht aktuell Kinderwunsch? ja nein

Wie verhüten Sie derzeit?

hormonell (s.o.)

Kondome

Diaphragma / Pessar

„natürliche Methode“

andere gar nicht

Sonstiges Wenn irgendwo der Platz nicht gereicht hat, oder falls Sie sonst noch etwas für wichtig halten, aber auch gerne für Kritik und Anregungen zum Fragebogen, haben Sie hier noch ein freies Feld:

Hier noch ein paar nicht ganz unwichtige Fragen zum Schluß:

Wenn ich ganz gesund und fit wäre, würde ich vor allem...

Wenn ich im Lotto gewinnen würde, würde ich

Meine Stärken:

Meine Kraftquellen:

Vielen Dank für das Ausfüllen des Fragebogens. Sie haben uns damit viel Zeit gespart, die wir in die Vertiefung Ihrer Untersuchung investieren und zur ausführlichen Besprechung Ihrer Fragen nutzen können.