




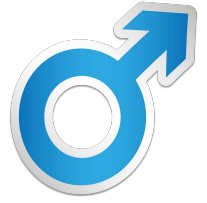
Praxis Dr. med. Nicolai Schreck

 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  männlich  unbestimmt  
Frauen verwenden bitte den entsprechenden Basis-Fragebogen-Frauen

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(in)  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?

(Wenn Sie eine „Hashimoto“ haben füllen Sie bitte unbedingt den Zusatzfragebogen „Zfb-Hashimoto“ aus!)

- Schilddrüsenerkrankung
- 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"/>

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 eingenekt?  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



### Miktion (Wasserlassen) / Erektion / Sexualität

Das Zusammenspiel der Sexualhormone leidet oft erheblich unter Mikronährstoffmängeln. Probleme mit Wasserlassen, Erektion und im Sexualleben sind oft sensible Zeichen für gesundheitliche Störungen. Einige aufwendige und teure Laboruntersuchungen lassen sich durch Ihre Angaben zu den folgenden etwas intimeren Fragen oft vermeiden oder reduzieren.

Ich muß deutlich häufiger Wasserlassen als früher, v.a. nachts

Mein Harnstrahl ist  normal  schwächer als früher  unterbrochen  mit Nachträufeln

Ich habe nächtliche Samenergüsse  oft  manchmal  nie

Ich habe eine morgendliche Erektion  wie immer  schwächer als früher  gar nicht mehr

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

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

Wie beurteilen Sie Ihre Erektion beim Geschlechtsverkehr?  gut  ausreichend  schlecht

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

Hat Ihre Libido in letzter Zeit spürbar abgenommen?  ja  nein

Habe Sie oft einen vorzeitigen Samenerguß?  ja  nein

Benutzen Sie Kondome?  ja  nein

Besteht aktuell Kinderwunsch?  ja  nein

**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.