

**Herzlich willkommen in unserer Praxis für ganzheitliche Medizin De Groodt**

Wir möchten Sie bitten, den nachfolgenden Fragebogen auszufüllen und vor Ihrem ersten Besuch an uns zurückzusenden oder bei der ersten Behandlung mitzubringen.

Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an oder beantworten Sie die Fragen mit eigenen Worten. Nehmen Sie sich bitte genug Zeit.

Vorname: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_

Arbeitgeber/Beruf: \_\_\_\_\_

Körpergrösse/Gewicht: \_\_\_\_\_

Familienstand/Kinder: \_\_\_\_\_

Blutgruppe (falls bekannt):    A     B     AB     O

**Beschwerden**

Unter welchen akuten Beschwerden leiden Sie und seit wann?

\_\_\_\_\_

Ordnen Sie die Beschwerden nach ihrer Wichtigkeit.

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_

5. \_\_\_\_\_

6. \_\_\_\_\_

7. \_\_\_\_\_



Pfeiffersches Drüsenfieber

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

Wurden diese Erkrankungen oder andere schon einmal mit Antibiotika behandelt?

ja  nein

Haben Sie Narben von Operationen?

ja  nein

Leiden Sie oft unter Erkältungskrankheiten? Sind Sie häufig krank?

ja  nein

### **Familienerkrankungen**

Welche Krankheiten sind in Ihrer Familie bekannt?

(Eltern, Grosseltern, Urgrosseltern, Geschwister)

Krebs  Tuberkulose  Geisteskrankheiten  Epilepsie

Herzkrankheiten  Schlaganfall  Asthma  Zuckerkrankheit

Gefässerkrankungen  Rheumatismus  Steinkrankheiten  Allergien

Multiple Sklerose  Schuppenflechte  Gicht  Neurodermitis

Depressionen  Suizid  Migräne  Geschlechtskrankheiten

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

### **Impfungen**

Welche Impfungen haben Sie bekommen?

Tuberkulose (BCG)  Röteln  Polio (Kinderlähmung)  Cholera

Diphtherie  Gelbfieber  Tetanus  Hepatitis  HIB  Pocken

Keuchhusten  Grippe  Masern  Mumps  Zeckenkrankheit

Hirnhautentzündung  HPV     Andere: \_\_\_\_\_

Gab es Reaktionen auf Impfungen?

Fieber  Krämpfe  Verhaltensveränderungen

Schlaflosigkeit  Unruhe     Andere: \_\_\_\_\_

## Verhalten/Körperreaktionen

Reagieren Sie auf Wärme im Sommer?  ja  nein

Sind Sie berührungsempfindlich?  ja  nein

Beeinträchtigt Sie ein geschlossener Kragen?  ja  nein

Beeinträchtigt Sie ein enger Gürtel?  ja  nein

Halten Sie enge Räume (z. B. Fahrstühle etc.) aus?  ja  nein

Leiden Sie unter mangelnder Konzentration?  ja  nein

Sind Sie müde und erschöpft?  ja  nein

Hat sich Ihre Reizbarkeit verstärkt?  ja  nein

Haben Sie einen Angst-Schuldgefühl-Konflikt?  ja  nein

Treiben Sie regelmässig Sport?  ja  nein

Schwitzen Sie leicht?  ja  nein

Schwitzen Sie nachts?  ja  nein An welchem Körperteil: \_\_\_\_\_

kalter Schweiß  warmer Schweiß

Frieren Sie schnell?  ja  nein

kalte Hände  kalte Füße

Wie belastbar und leistungsfähig fühlen Sie sich ?

sehr belastbar  mässig belastbar  gar nicht belastbar

## Ernährung

Wie viel Liter trinken Sie täglich? \_\_\_\_\_

Was trinken Sie? \_\_\_\_\_

Welche Nahrungsmittel essen Sie?

Milchprodukte  Süssigkeiten  Weissmehlprodukte  Kuchen

Eier  Zucker  Zuckerersatzstoffe

Auf welche Lebensmittel können Sie nur schwer verzichten?

\_\_\_\_\_

Verlangen nach:

- Süßem  Sauerem  Pikantem  Bitterem  Salzigem  Scharfem  Fleisch  
 Eiern  Obst  Nikotin  Alkohol  Süßigkeiten

Abneigungen gegen:

- Süßes  Sauerer  Pikantes  Bitteres  Salziges  Scharfes  Fleisch  Eier  
 Fett  Alkohol

Nahrungsmittelallergien gegen: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

Leben Sie nach bestimmten Ernährungsrichtlinien?

- ja  nein

Wenn ja, welche?

\_\_\_\_\_

Wären Sie allenfalls bereit, Ihre Ernährungsgewohnheiten zu optimieren?

- ja  nein

## **Wohnung**

Sind Ihr Schlaf- und Ihr Arbeitsplatz auf geopathische und Elektrosmog-Belastungen untersucht worden?

- ja  nein

Wie sind Ihre Wohnung und die Wohnumgebung beschaffen?

- Funkmasten in der Nähe  Überlandleitung/Bahnstrom in der Nähe  
 Bäche, Flüsse in der Nähe  Schimmelpilzbelastung  Teppichböden  
 Mikrowelle/Induktionsherd zum Kochen

Wie ist Ihr Schlafplatz eingerichtet?

- schnurlose Telefone/Internet  elektrische Geräte im Stand-by-Modus  
 Wasserbett  Bett mit eingebautem elektrischem Motor

## Wie ist Ihr Schlaf?

Schlaflosigkeit  Sprechen im Schlaf  Zähneknirschen

Unruhe in den Beinen  heisse Füße  Schwierigkeiten beim Einschlafen

Nachtschweiss  lebhaftere Träume

häufiges Erwachen – um wie viel Uhr: \_\_\_\_\_

häufiges Wasserlassen – wie oft? \_\_\_\_\_

Schlaflage:

Bauch  Rücken  links  rechts

sitzend  kniend  zusammengerollt

Schlafdauer: \_\_\_\_\_

Übliche Bettgezeit: \_\_\_\_\_

Übliche Aufstehzeit: \_\_\_\_\_

## Systembefragung

### Kopf:

Leiden Sie unter Kopfschmerzen?

häufig  selten  nie

Wenn ja, wo und wann?

Stirn-Augen-Schläfen-Region  Hinterhauptregion  halbseitig links

halbseitig rechts  doppelseitig  wandernd von links nach rechts

wandernd von rechts nach links  morgens  abends

Auslöser der Kopfschmerzen: \_\_\_\_\_

Was verringert die Schmerzen?: \_\_\_\_\_

Was verschlimmert die Schmerzen? \_\_\_\_\_

### Haare:

Haarausfall  kreisrunder  vereinzelter Seit wann? \_\_\_\_\_

### Augen:

Bindehautentzündungen  kurzsichtig  weitsichtig Brille seit: \_\_\_\_\_

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

### Ohren:

Schmerzen links  Schmerzen rechts  beidseitig  schwerhörig

Ohrengeräusche  Ohrendruck  Mittelohrentzündungen

### Zähne/Kiefer:

häufige Zahnarztbesuche  Beschwerden bei der Zahnung  tote Zähne

wurzelbehandelte Zähne  erschwerter Durchbruch der Weisheitszähne

Zähne empfindlich auf:  heiss  kalt

Wurden bei Ihnen Amalgamfüllungen entfernt?  ja  nein

Zahnfüllmaterialien:  Amalgam  Gold  Titan  Kunststoff  Keramik

Palladium

### Nase:

Operationen  Heuschnupfen  häufige Nasennebenhöhlen-Entzündungen

behinderte Nasenatmung  verstopfte Nase Allergien auf: \_\_\_\_\_

Absonderungen:  wässrig  schleimig  eitrig  grünlich

### Mandeln:

Operation  häufige Mandelentzündungen:  als Kind  heute

### Schilddrüse:

Überfunktion  Unterfunktion  Vergrößerung  Operation

### Brust/Bauch/Rücken:

Brustdrüsenschmerzen  Beschwerden  Operation  Herzbeschwerden  
 Stechen  Druckgefühl  Infarkt  Beklemmung  Rhythmusstörungen  
 Lungenentzündung  Bronchitis  häufiger Husten  Atemnot

### Leber:

Entzündungen  Hepatitis  Gallensteine  Koliken  Operation  
 Druck im Oberbauch  Fettunverträglichkeit

### Magen:

Völlegefühl  Gastritis  Appetitlosigkeit  Sodbrennen  Essstörungen

### Rücken:

Häufige Schmerzen  regelmässiger Hexenschuss  Ischias  Skoliose

### Nieren/Blase:

Nierensteine  Entzündungen

**Harn**  viel  wenig  häufig  Bettnässen  kann Harn nicht halten

geschwächter Urinstrahl Geruch nach: \_\_\_\_\_

### Darm:

Infektionen  Hämorrhoiden  Blinddarmoperation  Blähungen

**Stuhlgang**  Geruch nach: \_\_\_\_\_  täglich  jeden 2. Tag

unregelmässig  häufige Verstopfung  Neigung zu Durchfall

kann Stuhl nicht halten  Gefühl, nicht fertig zu werden



**Konsistenz des Stuhls**  hell  dunkel  übel riechend  hart  knollig  
 weich  schmierig  pastenartig  schwimmend  tauchend

### Arme/Beine/Rücken/Haut:

**Arme**  Verletzungen  Schmerzen  Kribbeln  Kalte Hände  
 Tennisellenbogen  Taubheit  geschwollen  Einschlafen

**Beine**  Schmerzen  Krampfadern  Operationen  Verletzungen  
 kalte Füße  Kribbeln  Taubheitsgefühl  Rückstauungen

**Rückenbeweglichkeit**  Verspannungen  entzündlich  steif/eingeschränkt

### Haut/Nägel:

Verbrennungen  Narben  Geschwüre  Hautjucken  Warzen  
 Pilzbefall  eingewachsene Nägel  Nagelbettentzündungen

### Gynäkologischer Bereich:

**Ausfluss**  keiner  stark  weiss  gelb  färbt die Wäsche  
 wundmachend  Schmerzen  Eierstockentzündung  Ausschabungen  
 Fehlgeburten  Geburten/Anzahl: \_\_\_\_\_  
 Abtreibungen  Tumore  Zysten  Myome  Geschlechtskrankheiten

**Menses** Wann war die erste Menses? \_\_\_\_\_

Blutungen sind:  hell  dunkel  klumpig  braun  unregelmässig  
 regelmässig

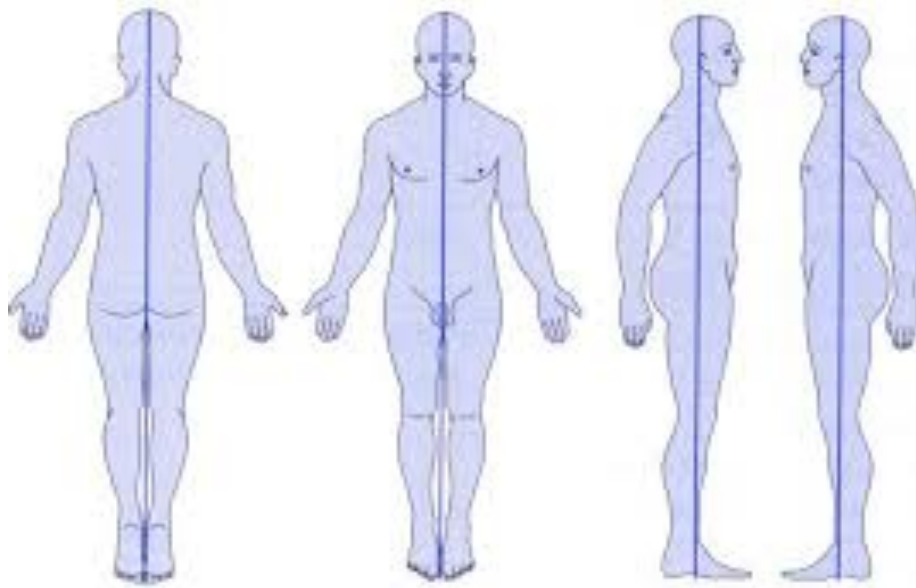
### Urologischer Bereich:

**Prostata**  vergrößert  Entzündungen  Beschwerden beim Wasserlassen  
 Geschlechtskrankheiten

**Sexualität**  Beschwerden beim Geschlechtsverkehr

## Schmerzbefragung

Wo treten Schmerzen auf? Bitte kennzeichnen!



Kreuz = punktförmiger Schmerz Linie = unklare Schmerzlagerung

Pfeil = ausstrahlender Schmerz

Schmerzskala für den Hauptschmerz von 1-10: 1 = schwach 5 = mittel 10 = sehr stark

Meine Schmerzskala liegt bei: \_\_\_\_\_

Seit wann haben Sie die Schmerzen? \_\_\_\_\_

Gab es ein auslösendes Ereignis? \_\_\_\_\_

Wie oft haben Sie die Schmerzen?  immer  mehrmals am Tag  alle paar Tage

wöchentlich  seltener

Wie ist das Schmerzempfinden?  ziehend  brennend  stechend  klopfend

drückend  krabbelnd  reissend  kolikartig  krampfend  dumpf

beengend  bohrend

Was verschlimmert die Schmerzen?  körperliche Belastung  längeres Stehen

Sitzen  Gehen  Stress  Kälte  Wärme  Nahrungsmittel  Husten/Niesen

Wetterlage  Monatsblutung Tageszeit \_\_\_\_\_

Sonstiges \_\_\_\_\_

Was verringert die Schmerzen?  Ruhe  Schlaf  Bewegung  Sport  Kälte

Wärme  Schmerzmittel  Urlaub

Zusätzliche Symptome zum Schmerz:  Hautrötung  Blässe  Schwellung

Berührungsempfindlichkeit  Schweissbildung  Seh- oder Hörstörungen

Gangunsicherheit  Muskelschwäche  Müdigkeit  Schwindel

Bewegungseinschränkung

Bisherige Schmerzbehandlung? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_