

Gesundheitsfragebogen zur Erstaufnahme

Datum:

Name	<input type="text"/>
Geburtstag	<input type="text"/>
Adresse	<input type="text"/>
Telefonnummer	<input type="text"/>
Mailadresse	<input type="text"/>
Beruf	<input type="text"/>
Wochenarbeitsstunden	<input type="text"/>
Familienstand & Kinder	<input type="text"/>
Körpergewicht & Größe	<input type="text"/>
Vorerkrankungen	<input type="text"/>
Allergien (Substanz & Reaktion)	<input type="text"/>
Medikamente & Dosierungen (inkl. Verhütungsmittel)	<input type="text"/>
Vergangene langjährige Medikamente	<input type="text"/>
Wiederholte Antibiotikaeinnahme	<input type="text"/>
Nahrungsergänzungsmittel	<input type="text"/>
Operationen	<input type="text"/>
Krankenhausaufenthalte	<input type="text"/>
Blutdruck	<input type="text"/>
Häufigkeit Stuhlgang	<input type="text"/>
Elterngesundheit / gestorben an / Erkrankungen in der Familie	<input type="text"/>
Amalgamfüllungen aktuell & in der Vergangenheit	<input type="text"/>
Wurzelbehandelte Zähne	<input type="text"/>

Stunden Schlaf pro Nacht	
Trinkmenge / Tag, Getränkearten	
Impfungen in den letzten Jahren	
Ernährungsrichtlinie (z.B. Vegetarier)	
Wieviel % des Essens ist Hausgemacht	
Anzahl Mahlzeiten / Tag	
Essgeschwindigkeit	
Nikotin aktuell und in der Vergangenheit	
Alkohol, Art & Häufigkeit	
Hobbys, Entspannung	
Sport, Bewegung	
Beschwerden aktuell, (inkl. Beginn und Verlauf)	
Vermutete Ursachen	
Energielevel (0-10)	
Wann waren sie zuletzt voller Energie	
Primäre Gesundheitsziele	
Ergänzungen	

Symptomskala

Bewertung ihrer Symptome über die **letzten zwei Jahre**:

- **leer lassen**: Symptom nicht vorhanden
- **1**: Symptom **gelegentlich** und in **milder** Ausprägung
- **2**: Symptom **gelegentlich**, jedoch in **starker** Ausprägung
- **3**: Symptom **häufig** oder **dauerhaft** in **milder** Ausprägung
- **4**: Symptom **häufig** oder **dauerhaft** in **starker** Ausprägung

Symptom	Wert	Details (z.B. wo, wann, wie, seit wann)
---------	------	---

1. Kopf & Nervensystem

Kopfschmerzen	<input type="text"/>	
Schwindel	<input type="text"/>	
Taubheitsgefühle / Kribbeln	<input type="text"/>	
Zittern / unruhige Beine	<input type="text"/>	
Muskelschwäche	<input type="text"/>	
Gehirnnebel	<input type="text"/>	
Gedächtnisstörungen	<input type="text"/>	
Verwirrtheit	<input type="text"/>	
Ohrensausen / Tinnitus	<input type="text"/>	
Sehstörungen	<input type="text"/>	
Lichtempfindlichkeit	<input type="text"/>	

2. Schlaf & Energie

Einschlafprobleme	<input type="text"/>	
Durchschlafprobleme	<input type="text"/>	
Frühes Erwachen	<input type="text"/>	
Müdigkeit / Erschöpfung	<input type="text"/>	
Hyperaktivität / Ruhelosigkeit	<input type="text"/>	
Nächtliches Grübeln	<input type="text"/>	

3. Kreislauf & Herz

Herzrasen / Herzklopfen	<input type="text"/>	
Unregelmäßiger Herzschlag	<input type="text"/>	
Brustschmerzen / Brustenge	<input type="text"/>	
Niedriger Blutdruck	<input type="text"/>	
Blutdruckschwankungen	<input type="text"/>	
Blässe	<input type="text"/>	
Kälteempfindlichkeit	<input type="text"/>	

Wassereinlagerungen	<input type="checkbox"/>	
---------------------	--------------------------	--

4. Atemwege & Hals

Verstopfte / laufende Nase	<input type="checkbox"/>	
Niesen	<input type="checkbox"/>	
Heuschnupfen	<input type="checkbox"/>	
Nasennebenhöhlenprobleme	<input type="checkbox"/>	
Chronischer Husten	<input type="checkbox"/>	
Räusperzwang	<input type="checkbox"/>	
Halsschmerzen / Heiserkeit	<input type="checkbox"/>	
Kurzatmigkeit	<input type="checkbox"/>	
Asthmaanfälle	<input type="checkbox"/>	

5. Zähne & Mund

Zahnschmerzen	<input type="checkbox"/>	
Zahnfleischschmerzen	<input type="checkbox"/>	
Kieferschmerzen	<input type="checkbox"/>	
Aphten	<input type="checkbox"/>	
Metallgeschmack	<input type="checkbox"/>	

6. Haut, Haare & Nägel

Akne	<input type="checkbox"/>	
Quaddeln	<input type="checkbox"/>	
Juckreiz	<input type="checkbox"/>	
Hautrötungen	<input type="checkbox"/>	
Ausschlag	<input type="checkbox"/>	
Pilzinfektionen	<input type="checkbox"/>	
Warzen	<input type="checkbox"/>	
Haarausfall	<input type="checkbox"/>	
Nagelveränderungen	<input type="checkbox"/>	
Trockene Haut	<input type="checkbox"/>	
Schwitzen	<input type="checkbox"/>	

7. Gelenke & Muskeln

Gelenkschmerzen / Steifheit	<input type="checkbox"/>	
Muskelschmerzen	<input type="checkbox"/>	
Muskelkrämpfe	<input type="checkbox"/>	
Muskelverspannungen	<input type="checkbox"/>	
Sprunggelenksschmerzen	<input type="checkbox"/>	

8. Verdauung & Magen

Übelkeit / Erbrechen	<input type="checkbox"/>	
Durchfall	<input type="checkbox"/>	
Verstopfung	<input type="checkbox"/>	
Blähungen	<input type="checkbox"/>	
Völlegefühl	<input type="checkbox"/>	
Aufstoßen	<input type="checkbox"/>	
Sodbrennen	<input type="checkbox"/>	
Bauchschmerzen	<input type="checkbox"/>	
Bauchkrämpfe	<input type="checkbox"/>	
Nahrungsmittelreaktionen	<input type="checkbox"/>	
Fettiger / klebriger Stuhl	<input type="checkbox"/>	

9. Nieren & Blase

Nierensteine	<input type="checkbox"/>	
Probleme beim Urinieren	<input type="checkbox"/>	
Häufiges Wasserlassen	<input type="checkbox"/>	
Blasenentzündungen	<input type="checkbox"/>	

10. Ernährung & Gewicht / Stoffwechsel

Appetitlosigkeit	<input type="checkbox"/>	
Heißhunger	<input type="checkbox"/>	
Essattacken	<input type="checkbox"/>	
Verlangen auf Lebensmittel	<input type="checkbox"/>	
Abneigung Lebensmittel	<input type="checkbox"/>	
Müdigkeit nach Mahlzeiten	<input type="checkbox"/>	
Unterzuckerungsgefühle	<input type="checkbox"/>	
Starker Durst	<input type="checkbox"/>	
Langsame Wundheilung	<input type="checkbox"/>	

11. Gehirn & Psyche

Stimmungsschwankungen	<input type="checkbox"/>	
Depressive Verstimmungen	<input type="checkbox"/>	
Reizbarkeit / Aggressivität	<input type="checkbox"/>	
Angst / Furcht	<input type="checkbox"/>	
Nervosität / Anspannung	<input type="checkbox"/>	
Chronischer Stress	<input type="checkbox"/>	
Überforderung	<input type="checkbox"/>	
Panikattacken	<input type="checkbox"/>	

12. Sexualität & Hormone

Geringe Libido	<input type="checkbox"/>	
Genitaler Ausfluss	<input type="checkbox"/>	
Genitales Jucken	<input type="checkbox"/>	
Nachtschweiß	<input type="checkbox"/>	
Unerfüllter Kinderwunsch	<input type="checkbox"/>	
♀ Brustempfindlichkeit	<input type="checkbox"/>	
♀ Unregelmäßige / lange / starke / schmerzhaftige Periode	<input type="checkbox"/>	
♀ Prämenstruelle Probleme	<input type="checkbox"/>	
♀ Hitzewallungen	<input type="checkbox"/>	
♀ Trockene Schleimhäute	<input type="checkbox"/>	
♀ Gebärmutterknoten	<input type="checkbox"/>	
♀ Brustknoten	<input type="checkbox"/>	
♂ Prostataprobleme	<input type="checkbox"/>	

13. Immunsystem

Häufige Infekte	<input type="checkbox"/>	
Häufige Infekte in der Kindheit	<input type="checkbox"/>	
Geschwollene Lymphknoten	<input type="checkbox"/>	

14. Ergänzungen

	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	