



Praxis Lemm

Patienten Fragebogen - nach den Prinzipien der Ganzheitlichen Medizin

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient

Um das ärztliche Gespräch sowie die Behandlung nach den Kriterien der Ganzheitlichen Medizin vorzubereiten, bitten wir Sie, die folgenden Fragen zu beantworten.

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

aktuelles Datum: _____

gelernter/ausgeübter Beruf: _____

Überwiegend sitzende Tätigkeit: ja nein

Größe: _____ cm

Gewicht: _____ kg

Familienstatus: verheiratet ledig

Email: _____

wünsche keine medizinischen Newsletter

(wird in der Praxis gemessen)

Blutdruck: _____

Puls: _____

Bauchumfang: _____

Anzahl der Kinder: _____

Telefon - Festnetz: _____

Telefon - Mobil: _____

Welche Beschwerden haben Sie:

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

Welche davon möchten Sie von mir behandelt haben:

Welche Behandlung wünschen Sie:

Operationen: _____

Unfälle: _____

Sind Allergien oder Unverträglichkeitsreaktionen bekannt? ja nein

Wenn ja, welche: _____

Nehmen Sie Medikamente ein? ja nein

Letzte Beh. mit Antibiotika: _____

Wenn ja, welche: _____

Anzahl der Behandlungen mit Antibiotika in den letzten 2 Jahren: _____

Ich bestätige die Richtigkeit der gemachten Angaben und stimme der Speicherung für interne Zwecke zu.

Datum, Unterschrift: _____

Bei der Beantwortung der folgenden Fragen bedeuten:

1 = nein, nie | 2 = leicht, gelegentlich, selten | 3 = stärker, häufig | 4 = ausgeprägt, ständig, sehr oft

Allgemeine Lebensführung

Arbeiten Sie zuviel 1 2 3 4

Treiben Sie Sport 1 2 3 4

Leiden Sie unter Stress 1 2 3 4

Alkohol 1 2 3 4

Kaffee 1 2 3 4

Nikotin 1 2 3 4

Allgemeine Zeichen

Allg. Abgeschlagenheit 1 2 3 4 Frösteln 1 2 3 4

antriebsarm(bes. morgens) 1 2 3 4 Neigung zu Schwindel 1 2 3 4

Appetit vermindert 1 2 3 4 Taubheitsgefühl (Hand/Fuß) 1 2 3 4

Bei der Beantwortung der folgenden Fragen bedeuten:

1 = nein, nie | 2 = leicht, gelegentlich, selten | 3 = stärker, häufig | 4 = ausgeprägt, ständig, sehr oft

Allgemeine Zeichen (fortgesetzt)

Müdigkeit(trotz genug Schlaf)	1	2	3	4	Brüchige Nägel	1	2	3	4
Spontaner Schweißausbruch	1	2	3	4	schnelle Erschöpfung	1	2	3	4
Herzklopfen	1	2	3	4	Hitzegefühl	1	2	3	4
Kalte Hände / Füße	1	2	3	4	Nachtschweiß	1	2	3	4
Geschwollene Hände	1	2	3	4	Schlafstörungen	1	2	3	4
Geschwollene Füße	1	2	3	4	Dunkler, konzentrierter Urin	1	2	3	4
allg. Schweregefühl	1	2	3	4	vermehrter Durst	1	2	3	4
Wadenkrämpfe	1	2	3	4	verminderter Durst	1	2	3	4
Druckgefühl in der Brust	1	2	3	4	Zugluft-/ Windempfindlichkeit	1	2	3	4

Kopf

Kopfschmerzen, ganzer Kopf	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	Gesichtsschmerzen	1	2	3	4
Stirnkopfschmerzen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	Kiefergelenkschmerzen	1	2	3	4
Halbseitiger Kopfschmerz	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	Zähneknirschen(nachts)	1	2	3	4
Hinterkopfschmerzen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	Haarausfall	1	2	3	4

Ohr

Schwerhörigkeit	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	Drehschwindel	1	2	3	4
Ohrgeräusche	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	Gleichgewichtsstörungen	1	2	3	4

Augen

Augenbrennen	1	2	3	4	Trockene Augen	1	2	3	4
Nacht- oder Farbblindheit	1	2	3	4	Verschwommenes Sehen	1	2	3	4
Kontaktlinsen, Lesebrille	1	2	3	4	Druck hinter den Augen	1	2	3	4

Rücken- und Gelenkprobleme

Tiefsitzende Kreuzschmerzen	1	2	3	4	Nackenschmerzen	1	2	3	4
Schwache Lendenwirbelsäule	1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	Schulterschmerzen	1	2	3	4
Kälteempfindlichkeit der Lendenwirbelsäule	1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	Knieprobleme	1	2	3	4
Muskelverspannungen, Krämpfe	1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	Ischiasprobleme	1	2	3	4
					Sehnenscheidenentzündung	1	2	3	4

Atmung und Infekte

Häufige Erkältungserkrankungen	1	2	3	4	Engegefühl in der Brust	1	2	3	4
Luftnot in Ruhe, nachts	1	2	3	4	Druck auf der Brust	1	2	3	4
Luftnot bei leichten Belastungen	1	2	3	4	Heiserkeit	1	2	3	4
Schwitzen bei Anstrengung	1	2	3	4	Schwäche des Geruchsinns	1	2	3	4
					Kloßgefühl im Hals	1	2	3	4

Husten	1	2	3	4	bellend	schwach		
Auswurf	1	2	3	4	weiß	gelb	locker	zäh

Haut

Fettige, unreine Haut	1	2	3	4	Ekzeme	1	2	3	4
Trockene Haut	1	2	3	4	Juckreiz	1	2	3	4
Hautausschlag	1	2	3	4	Neigung zu blauen Flecken	1	2	3	4

Bei der Beantwortung der folgenden Fragen bedeuten:

1 = nein, nie | 2 = leicht, gelegentlich, selten | 3 = stärker, häufig | 4 = ausgeprägt, ständig, sehr oft

Schlaf

Einschlafstörungen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	Herzklopfen	1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Durchschlafstörungen	1	2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	Nachtschweiß	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Morgenliches, sehr frühes Erwachen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	Nachts unruhige Beine	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Viele Träume, Alpträume	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	Nachts heiße Füße	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
					Nachts kreisende Gedanken	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

Bauch

Stuhl weich, ungeformt	1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	Druckgefühl im Oberbauch	1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Stuhl hart	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	Völlegefühl, Übelkeit	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Neigung zu Durchfall	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	4	Aufstoßen, Sodbrennen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Neigung zu Verstopfung	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	Erbrechen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Vermehrte Darmgeräusche	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	Blasensenkung	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Bauchkrämpfe	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	Hamorrhoiden	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Blähneigung	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	Schluckschwierigkeiten	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

Mund

Mundgeruch	1	2	3	4	Zungengeschwüre (Aphten)	1	2	3	4
Trockenheit im Mund	1	2	3	4	Bitterer Mundgeschmack	1	2	3	4
Zahnfleischbluten	1	2	3	4	Pappiger Mundgeschmack	1	2	3	4
Lippenherpes	1	2	3	4	Geschmacksverlust	1	2	3	4

Wasserlassen

Wasserlassen nachts	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	Harnträufeln	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Häufiger Harndrang	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	Harninkontinenz	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Schmerzen beim Wasserlassen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	Wenig dunkler Urin	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
	1	2	3	4	Klarer Harnfluss	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

Beine

geschwollene Beine	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	Krampfadern	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Hautverfärbungen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	Kalte Beine	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

Menstruation (nur Frauen)

Unregelmäßige Menstr.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	starker Ausfluss	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Schmerzhafte Menstr.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Einnahme von Hormonen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		
Blutungen zu stark/zu schwach	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	Menopause	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Brustspannen vor den Tagen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Zysten in den Brüsten	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		

Geburten normal schwer Kaiserschnitt Jahr(e) der Geburten: _____

Sexualität

Impotenz	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Sexuelle Unlust	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Unfruchtbarkeit	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Erektionsstörungen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

Gefühlsleben

Aufbrausend, leicht reizbar	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	Häufiges Grübeln	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Allgemeine innere Unruhe	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	Traurigkeit	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Allg. Anspannungsgefühl	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	Vergesslichkeit	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Angstgefühle	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	Konzentrationsstörungen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Niedergedrückte Stimmung	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	Stimmungswechsel	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

Möchten Sie etwas in Ihrem Leben verändern? Wenn ja, was?

Ernährungsgewohnheiten:

Wie viele Mahlzeiten inklusive Zwischenmalzeiten essen Sie pro Tag?

Wie essen Sie: schnell langsam bewusst unregelmäßig

Wann nehmen Sie die Hauptmahlzeiten ein? (bitte Uhrzeit eintragen)

Was essen Sie am liebsten?

Welche Nahrungsmittel vertragen Sie nicht? Auf welche reagieren Sie?

Naschen Sie gern? Wenn ja wann und was:

Bekommen Sie Heißhungerattacken? ja nein

Wenn ja, wie oft und wann?

Was trinken Sie: Mineralwasser Cola,Fanta,etc Fruchtsäfte Kaffee Tee

Bitte kreuzen Sie an, wie oft Sie folgende Lebensmittel verzehren:

1= mehr als 1x/tägl, 2= 1x tägl., 3= 3-5/Woche, 4= 1-2/Woche, 5= 2-3x/Monat, 6= 1x/Monat, 7= selten/nie

Vollkornbrot/-brötchen	1	2	3	4	5	6	7
Mischbrot	1	2	3	4	5	6	7
Weißbrot/-brötchen	1	2	3	4	5	6	7
Knäckebrot	1	2	3	4	5	6	7
Haferflocken, Müsli, Cornflakes	1	2	3	4	5	6	7
Kartoffeln, Reis, Nudeln	1	2	3	4	5	6	7
Obst	1	2	3	4	5	6	7
Gemüse, Rohkost, Salat	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
Fisch und Fischwaren	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
Wurstwaren	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
Fleisch, Geflügel, Wild	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
Eier	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
Käse, Joghurt, Quark	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
Milch, Buttermilch	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
Sahne, Creme Fraiche	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
Butter, Margarine	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
Pflanzenöle	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
Kuchen, Kekse	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
Süßwaren	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
Salz. Knabbergebäck, Nüsse	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
Honig, Konfitüre, Zucke	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
Fast Food, Bratwurst etc.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
Fertiggerichte	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7

Wünschen Sie auch eine Ernährungsberatung? ja nein

Wenn ja, welche Erwartungen haben Sie:

Glauben Sie, dass Ernährung die Gesundheit beeinflussen kann? ja nein