



## **Ganzheitlicher Fragebogen**

*Bitte füllen Sie diesen Anamnesebogen **VOR** ihrem Erstberatungsgespräch bei uns aus und senden Sie uns diesen, zusammen mit möglichen Vor-Laboren oder Arztberichten, mindestens 7 Tage vorher.*

### **Ich möchte eine**

- Ganzheitliche Beratung
- Ernährungsberatung
- Mikronährstoffberatung
- Mikrobiomberatung

### **Angaben zur Person:**

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Versichertennummer: \_\_\_\_\_

weiblich  männlich

### **Lebenssituation:**

allein lebend  geschieden  verheiratet  in fester Partnerschaft  Kinder

Derzeitige berufliche Situation \_\_\_\_\_

Wochenarbeitszeit: \_\_\_\_\_

Größe: \_\_\_\_\_ m

Gewicht: \_\_\_\_\_ Kg

Bauchumfang: \_\_\_\_\_ cm



**Welche Erkrankungen gab oder gibt es bei Ihnen selbst und seit wann?**

- Bluthochdruck
- Herzinfarkt / koronare Herzkrankheit
- Herzrhythmusstörungen
- Schlaganfall
- Diabetes
- Schilddrüsenerkrankungen
- Nierenerkrankungen
- Darmerkrankungen
- Lebererkrankungen
- Rheuma
- Hörsturz / Tinnitus
- Depression / Nervenleiden
- Hauterkrankungen (Neurodermitis, Psoriasis, Akne....)
- Atemwegserkrankungen (Asthma, COPD, etc.)
- Allergien / Heuschnupfen
- sonstiges

**Gab es bedeutsame Operationen, Unfälle oder Verletzungen, insbesondere der Halswirbelsäule? (wann,was?):**

---

---

---

**Gab es bei früheren Laboruntersuchungen Auffälligkeiten? (z.B erhöhte Leberwerte, Nierenwerte, Blutzuckerwerte, Eisenmangel, auffällige Schilddrüsenwerte....)**

---

---

---

---

---

**Leiden Sie an folgenden Beschwerden?**

- Auswurf / Schleim im Hals oder Rachen
- Verstopfte Nase / Naselaufen
- Luftnot bei Anstrengung
- Luftnot in körperlicher Ruhe

- Engegefühl / Beklemmung in der Brust
- Einschlafprobleme
- Durchschlafprobleme
- Nächtliche Atemauffälligkeiten, Schnarchen, Atempausen
- Zähneknirschen
- Morgendliche Unausgeschlafenheit, Müdigkeit am Tage
- Rasche Erschöpfung bei Anstrengung
- Konzentrationsstörungen
- Gedächtnisstörungen
- Schwindel
- Heißhungerattacken
- Appetitlosigkeit
- Mundgeruch
- Schmerzen (wo genau: \_\_\_\_\_)
- Muskel- und Wadenkrämpfe
- Muskelschwäche
- Antriebslosigkeit / Lustlosigkeit
- Traurigkeit / Depressivität
- Ängste
- vermehrtes Schwitzen
- Kopfschmerzen
- Haarausfall
- Hautprobleme
- gehäuftes Wasser lassen
- Augentrockenheit
- Wassereinlagerungen
- Infektanfälligkeit
- Blasenentzündungen, pro Jahr: \_\_\_\_\_
- Antibiotikabehandlungen: \_\_\_\_\_

**Verdauungsgewohnheiten-und Beschwerden:**

Wie oft haben sie Stuhlgang? \_\_\_\_\_ pro Tag. Wenn nicht täglich: \_\_\_\_\_ mal pro Woche.

Konsistenz des Stuhls überwiegend  wohlgeformt  fest  breiig

- Bauchschmerzen
- Völlegefühl
- Übelkeit
- Erbrechen
- Sodbrennen
- Vermehrtes Aufstoßen

**Notieren Sie nun bitte noch alle (!!!) Medikamente UND Nahrungsergänzungsmittel, die Sie aktuell nehmen, inkl. verhütender Maßnahmen, Sprays und Bedarfsmedikation (z.B. Schmerz-, Allergie-, Schlaftabletten etc.)**

Medikament / NEM	Morgens	Mittags	Abends	z. Nacht	b. Bedarf

- Rauchen: \_\_\_\_\_ Zigaretten/Tag, seit \_\_\_\_\_ Jahren
- Alkohol: \_\_\_\_\_/Woche

**Treiben Sie regelmäßig Sport? (wenn ja, was / wie häufig?)**

---



---



---

**Ernährung:**

Ernähren Sie sich nach einer speziellen Ernährungsform? (Low fat, Low Carb, Vegetarisch, vegan, Paleo, etc.)?

- ja    nein

Wenn ja, seit wann?

---



---



---



---

Neigen Sie zu emotionalem Essen?  ja  nein

Neigen Sie zu Essanfällen?  ja  nein

Wenn ja, in welcher Situation? \_\_\_\_\_

Essen Sie generell

regelmäßig       unregelmäßig       viele Zwischenmahlzeiten

Kochen Sie selbst?       nie       gelegentlich       häufig

Essen Sie außer Haus?       nie       gelegentlich       häufig

**Wo gehen Sie primär einkaufen?**

---

---

---

---

---

**Was ist ihr Lieblingsessen?**

---

---

---

**Bei Übergewicht:**

Niedrigstes Gewicht: \_\_\_\_\_ (Zeitpunkt: \_\_\_\_\_)

Höchstes Gewicht: \_\_\_\_\_ (Zeitpunkt: \_\_\_\_\_)

Wunschgewicht: \_\_\_\_\_ (Zeitpunkt: \_\_\_\_\_)

**Bereits absolvierte Diätversuche und deren Erfolge:**

---

---

---

---

---

**Wie oft essen / trinken Sie ca. folgende Nahrungsmittel?**

	(fast) nie	Ab und zu	mehrfach/ Woche	1 x tgl.	mehrfach tgl.
Milch					
Quark/Yoghurt					
Käse					
Eier					
Brot/Brötchen					
Müsli					
Nudeln					
Reis					
Kuchen/kekse					
Süßigkeiten					
Chips					
Fleisch					
Fisch					
Wurst					
Gemüse					
Obst					
Hülsenfrüchte					
Nüsse					
Fastfood					
Fruchtsäfte					
Softdrinks					
Bier (Gläser)					
Wein (Gläser)					

**Wie viel trinken Sie durchschnittlich pro Tag (alle Getränke zusammengerechnet)?**

\_\_\_\_\_ Liter

**Gibt es Nahrungsmittel, die Ihnen nicht gut bekommen?**

---

---

---

---

---

---

---

**Mentale Anamnese:**

Gibt es gibt es mentale Traumata, Schicksalsschläge, Lebenskrisen, die Sie in ihrem Leben zu bewältigen hatten?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Wie glücklich und erfüllt fühlen Sie sich in ihrem Leben insgesamt? (Markieren Sie)

0-----10

Wie erfüllt sind ihre sozialen Kontakte?

0-----10

Wie zufrieden sind Sie mit ihrer Arbeit?

0-----10

Wie gut können Sie mit aufkommenden schwierigen Gefühlen umgehen?

0-----10

Wie gestresst fühlen Sie sich in ihrem Leben?

0-----10



**Kosten:**

Mir ist bekannt, dass die Kosten nicht von der gesetzlichen Krankenversicherung übernommen werden sowie die Kostenübernahme bei der privaten Krankenversicherung je nach Umfang der Leistung nicht garantiert werden kann. Die Abrechnung erfolgt nach der gültigen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) und richtet sich nach Aufwand und Dauer der Beratung.

Mir ist bekannt, dass in der ganzheitlichen Sprechstunde ebenso wie in der Schulmedizin keine Heilversprechen gegeben werden können. Welche Meilensteine im Rahmen der Behandlung erzielt werden können ist höchst individuell und von vielen inneren – wie äußeren Faktoren abhängig.

**Einwilligung zur Datenerhebung, -verarbeitung und -speicherung:**

Ich stimme hiermit der Erhebung, Verarbeitung und Speicherung meiner personenbezogenen Daten für den Zweck der Beratung, Untersuchung, Behandlung, Abrechnung, Übermittlung von Termin- und Gesundheitsinformationen durch die Praxis Dr. Klebe / Beckmann zu. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO). Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt. (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO).

---

Ort, Datum

Unterschrift