



FRAGEBOGEN

Name: _____

Anschrift: _____

Beruf: _____

geboren: _____

Telefon: _____

Stand / Kinder: _____

1. **Größe:** _____

2. **Wie alt sind Ihre Eltern:** Vater _____
Mutter _____

3. **Welche Familienkrankheiten sind Ihnen bekannt:** (Wenn möglich bei Eltern, Großeltern, Onkeln, Tanten, Geschwistern...)
Krebs, Tuberkulose, Geisteskrankheiten, Geschlechtskrankheiten, Selbstmord, Epilepsie, Herzkrankheiten, Gefäßkrankheiten, Schlaganfall, Asthma, Zuckerkrankheit, Rheumatismus, Steinkrankheiten, Nierenkrankheiten, Gicht, Malaria, Allergien, Hautkrankheiten, Psoriasis, Neurodermitis, gab es irgendwo in der Familie Zwillingengeburt, Fehlgeburten, Totgeburten

4. **Welche Infektionskrankheiten haben Sie durchgemacht?**
Masern, Scharlach, Diphtherie, Keuchhusten, Mumps, Röteln, Windpocken, Kinderlähmung, Tetanus, Ruhr, Typhus, Paratyphus, Malaria, Tropenkrankheiten, Tuberkulose, Geschlechtskrankheiten

5. Welche Allgemeinerkrankungen haben Sie gehabt?

Krebs, Lymphkrankheiten, Ekzeme, Warzen, Fieberblasen, Erfrierungen, Verbrennungen, Erkältungen, Allergien, Medikamentenempfindlichkeit,

6. Welche Impfungen haben Sie bekommen: Pocken, Masern, Mumps, Röteln, Scharlach, Diphtherie, Tetanus, Keuchhusten, Polio, Gelbfieber, Hepatitis, HIB, FSME, wenn möglich auch mit Altersangabe

7. Welche Organerkrankungen haben Sie durchgemacht? Wenn ja, welche?

Kopf , Augen, Ohren, Nase , Nebenhöhlen , Kiefer , Zähne , Hals, Mandeln, Schilddrüse, Herz, Lunge, Bronchien, Asthma, Tuberkulose, Magen, Darm, Geschwüre, Leber, Gelbsucht. Gallenentzündung, Gallensteine, Bauchspeicheldrüse, Milz, Nierenentzündung, Nierensteine, Blase, Eierstock, Gebärmutter, Brustdrüse, Prostata, Haut, Haare, Nägel, Muskel, Gefäße, Krampfadern, Knochen, Gelenke, Wirbelsäule, Blut, Anämie, Drüsen, Nerven, Gemüt, Rheumatismus, Gicht

8. Welche Operationen sind an Ihnen vorgenommen worden:

Kopf, Augen, Ohren, Nase, Nebenhöhlen, Kiefer, Zahnsanierung, Mandeln, Kropf, Herz, Lunge, Magen, Darm, Blinddarm, Bruch, Gallenblase, Niere, Blase, Prostata, Eierstock, Gebärmutterentfernung, Bestrahlung, Hämorrhoiden, Krampfadern, Knie

9. Welche Verletzungen hatten Sie?

Geburtsverletzung, Gehirnerschütterung, Schreck, Knochenbrüche, Unfall, Kriegsverletzungen, Erfrierung, Verbrennungen

10. Wann ist Ihre schlechteste Tageszeit?

Erwachen, Aufstehen, Vormittag, Mittag, nach Tisch, Nachmittag, Abend, Vormitternacht, Nachmitternacht, Stunde _____

11. Wann ist Ihre schlechteste Jahreszeit?

Frühjahr, Sommer, Herbst, Winter

12. Spielt bei Ihnen der Mond eine Rolle?

Vollmond, Neumond, Zunehmender, Abnehmender

13. Wie fühlen Sie sich:

vor dem Essen _____

während dem Essen _____

nach dem Essen _____

14. Wie fühlen Sie sich:

Vor der Regel _____

Während der Regel _____

Nach der Regel _____

Pubertät _____

Menopause _____

15. Wie vertragen Sie Wärme:

Verlangen, Abneigung, gut, schlecht, Sonne, Hitze, Ofen, Bäder, Zimmer, Kleider, warme Umschläge

16. Wie vertragen Sie Kälte:

Verlangen, Abneigung, gut, schlecht, trockene, feuchte, eisige, windige, kalte Umschläge

17. Sind Sie wetterempfindlich:

Wetterwechsel, Regen, Nebel, Schnee, Wind, Sturm, Gewitter, Föhn, Zugluft,

18. Lieben Sie den Aufenthalt:

Meer, Gebirge, Zimmer, Freien, frischer Luft, Reisen

19. Sind Sie sehr druckempfindlich, berührungsempfindlich:

Hartliegen, Anschlagen, Anfassen, Massieren, Waschen, enge Kleider, Hals, Brust, Taille, Hände, Füße, Genitale, Gelenke, Wunden

20. **Wie fühlen Sie sich im:**

Ruhen, Liegen, Sitzen, Stehen, Gehen, Anfangsbewegung, fortgesetzte Bewegung, Stiegensteigen, Bücken, Aufrichten, Umdrehen, Anstrengung, Verheben, Autofahren, Schiffahren, Aufzugfahren, Sesselliftfahren, Fliegen, Karussellfahren.

21. **Sind Sie empfindlich:**

Licht, Lärm, Geruch, Geräusch

22. **Wie vertragen Sie das Alleinsein?**

23. **Wie fühlen Sie sich in Gesellschaft?** _____

24. **Wie reagieren Sie auf Trost und Zuspruch:**

25. **Wie ertragen Sie einen Widerspruch?**

26. **Wie ertragen Sie eine Kränkung?** _____

27. **Wie reagieren Sie bei Prüfungen?**

28. **Wie reagieren Sie auf Freude?**

29. **Wie reagieren Sie beim Darandenken, Davonsprechen:**

30. **Kann man Sie von den Beschwerden ablenken?**

31. Wie ist Ihre Stimmung:

Extrovertiert, froh, heiter, gesellig, spielfreudig, kontaktfähig, optimistisch

Introvertiert, still, ernst, verschlossen, gehemmt, grüblerisch, pessimistisch

Exaltiert, nervös, gereizt, ungeduldig, hastig, aufbrausend, jähzornig

Deprimiert, empfindlich, beleidigt, gekränkt, weinerlich, verzweifelt,
lebensüberdrüssig

32. Wie ist das Benehmen:

ablehnend, albern, arbeitsscheu, begeistert, boshaft, eigensinnig, argwöhnisch,

eifersüchtig, gefühllos, entschlußlos, feig, gehässig, gewissenhaft, geschäftig,

grimassieren, herrisch, hochmütig, jammernd, kritisch, langweilig, launenhaft,

liebesbedürftig, lügen, menschenscheu, mißtrauisch, mitfühlend, nachgiebig,

nachtragend, pedantisch, phantastisch, rührselig, schadenfroh, schamhaft,

schamlos, unfolgsam, ungeduldig, unruhig, unzufrieden, verträumt, zornig

33. Haben Sie Angst:

Ahnungen, Alleinsein, Armut, Dunkelheit, Einbrecher, Erwachen, Geisteskrank-
heiten, Geräusche, Gesellschaft, Gespenster, Gewissen, Gewitter, Mißerfolgen,
Platzangst, Prüfungen, Sterben, Tiere, Zukunft, Schlangen, Spinnen, Mäusen

34. Haben Sie Sorgen:

Ärger, Aufregungen, Kummer, Kränkungen, Heimweh, Ehe, sexuelle

35. Wie ist Ihr Gedächtnis:

Vergeßlichkeit, Namen, Zahlen, was Sie tun wollen, versprechen, verschreiben

36. Wie ist Ihre Konzentration:

Zerstreut, interesselos, arbeitsscheu, schulschwierig, abgelenkt, unkonzentriert,
schlampig, nachlässig, dumm, faul

37. Wie geht es mit dem Lernen:

leicht, schwer, Verlangen, Abneigung, Unfähigkeit

38. Leiden Sie unter Einbildungen:

39. Haben Sie Wahnvorstellungen:

Besessenheit, Größenwahn, Menstruationswahn, religiöser Wahn, Säuferwahn, Verfolgungswahn

40. Leiden Sie unter Zwangsvorstellungen:

Stehzwang, Entkleidungszwang, Mordzwang, Wanderzwang, Brandstiftungstrieb, Waschzwang

41. Wie ist Ihr Appetit:

normal, gut, schlecht, Ekel, Heißhunger, nachts,

42. Was essen Sie besonders gerne:

süß, sauer, pikant, Salz, Fleisch, Fisch, Eier, Mayonnaise, Fett, Milch, Käse, Brot, Teigwaren, Torten, Kartoffeln, Obst, Gemüse, Salate, Kaffee, Tee, Nikotin

43. Welche Speisen haben Sie gar nicht gern:

süß, sauer, pikant, Salz, Fleisch, Fisch, Eier, Mayonnaise, Fett, Milch, Käse, Brot, Teigwaren, Torten, Kartoffeln, Obst, Gemüse, Salate, Kaffee, Tee, Nikotin

44. Was vertragen Sie nicht:

süß, sauer, pikant, Salz, Fleisch, Fisch, Eier, Mayonnaise, Fett, Milch, Käse, Brot, Teigwaren, Torten, Kartoffeln, Obst, Gemüse, Salate, Kaffee, Tee, Nikotin

45. Wie ist Ihr Durst:

normal, viel, wenig, groß, klein, warm, kalt, nachts, Fieber

46. Wie ist Ihr Stuhlgang:

täglich, jeden Tag, normal, Verstopfung, Durchfall, Würmer, morgens, nachts
dunkel, fettig, schleimig, blutig, übelriechend, geformt, knollig, hart, trocken,
ziegenkotartig, bleistiftdünn, dünn, breiig, wäßrig, wegspritzend, schmerzlos,
schmerzhaft, drängend, Drang ohne Erfolg, dranglos, krampfartig, stechend,
wundmachend, zurückschlüpfend, inkontinent

47. Wie ist Ihre Harnentleerung:

normal, viel, wenig, häufig, hell, dunkel, salzig, übelriechend, schmerzhaft,
inkontinent, nachts

48. Schwitzen Sie:

Total, partiell, schwer, leicht, Aufregung, Fieber, nachts, Kopf, Hinterkopf, Stirne, Gesicht, Brust, Achsel, Hände, Füße, Nacken, Rücken, warm, kalt, klebrig, übelriechend, verfärbend, erleichternd, unangenehm, erschöpfend, nachts,

49. Wann hatten Sie Ihre erste Regelblutung: _____

50. Wann war Ihre letzte Regelblutung: _____

51. Welchen Abstand haben Ihre Blutungen: _____

52. Wie viele Tage dauert Ihre Regelblutung: _____

53. Wie stark ist Ihre Regelblutung: normal, stark, schwach

54. Wie sieht Ihre Regelblutung aus: hell, dunkel, klumpig, übelriechend.

55. Haben Sie Schmerzen oder Beschwerden:

vor Beginn, während, nach Mittelzeit, Pubertät, Menopause,

56. Haben Sie einen Ausfluß:

keinen, wenig, stark, weiß, gelb, blutig, schleimig, dünn, dick, zäh, wundmachend, übelriechend

57. Wie viele Geburten: _____

Fehlgeburten: _____

58. Wie steht es mit Ihrem Schlaf:

gut, schlecht, kann nicht einschlafen, nicht durchschlafen, sprechen im Schlaf, ruhig, unruhig, aufschreien, hoch, flach, Rücken, Bauch, links, rechts, sitzend, kniend, ausgestreckt, zusammengerollt, zugedeckt, abgedeckt, Füße herausgestreckt, kalte Füße

59. Haben Sie besondere, auffallende, immer wiederkehrende Träume:

angenehme, ängstliche, schreckliche, erotische, erschöpfende

60. Wie ist Ihre Wärmeregulation:

Kalte Hände, kalte Füße, frostig, Hitze, Wallungen, Schweiß, Kälte, Frost, Schüttelfrost, Fieberneigung, subfebril, hohes Fieber

61. Welche Beschwerden und Sorgen haben Sie jetzt:

Wohin strahlen Ihre Beschwerden aus: _____

Wie sind Ihre Beschwerden: _____

Wann treten Ihre Beschwerden auf: _____

Wodurch wurden Ihre Beschwerden ausgelöst: _____

Wodurch werden Ihre Beschwerden besser oder schlechter:

62. Haben Sie Kopfschmerzen? _____

63. Haben Sie Schwindel? _____

64. Haben Sie Augenbeschwerden? _____

65. Haben Sie Ohrenbeschwerden? _____

66. Haben Sie Nasenbeschwerden? _____

67. Haben Sie Beschwerden der Nebenhöhlen? _____

68. Haben sie Zahn- oder Kieferbeschwerden? _____

69. Haben Sie Hals- oder Mandelbeschwerden? _____

70. Haben Sie Schilddrüsenbeschwerden? _____

71. Haben Sie Halsbeschwerden? _____

72. Haben Sie Beschwerden in der Lunge oder den Bronchien?

73. Leiden Sie unter Asthma? _____

74. Leiden Sie an Tuberkulose? _____

75. Haben Sie Bauchbeschwerden? _____

76. Haben Sie Magenbeschwerden? _____

77. Haben Sie Darmbeschwerden? _____

78. Leiden Sie an Hämorrhoiden? _____

79. Haben Sie Leber- oder Gallenbeschwerden? Gallensteine?

80. Haben Sie Bauchspeicheldrüsenbeschwerden? _____

81. Sind Sie zuckerkrank? _____

82. Haben Sie Nierenbeschwerden? Nierensteine?

83. Haben Sie Blasenbeschwerden? _____

84. Haben Sie Eierstockbeschwerden? _____

85. Haben Sie Regelblutungsbeschwerden? _____

86. Haben Sie Ausfluß? _____

87. Haben Sie Brustdrüsenbeschwerden? _____

88. Haben Sie Schwangerschaftsbeschwerden? _____

89. Haben Sie Prostatabeschwerden? _____

90. Haben Sie Hautbeschwerden? _____

91. Wie sind Ihre Haare? Wie sind Ihre Nägel? _____

92. Haben Sie Muskelbeschwerden? _____

93. Haben Sie Beschwerden an den Knochen?

94. Haben Sie mit den Gelenken zu tun? Gicht? _____

95. Haben Sie Probleme mit der Wirbelsäule? Beschwerden?

96. Haben Sie Gefäßbeschwerden? _____

97. Wie ist Ihr Blutbefund? _____

98. Wie ist Ihr Nervenzustand? _____

99. Wie ist Ihr Gemütszustand? _____

100. Haben Sie Drüsenbeschwerden? _____