

Dieser Fragebogen besteht aus 3 Seiten. Bitte füllen Sie ihn in Ruhe und gewissenhaft aus. Sollten Fragen entstehen, haben wir im Aufnahmegespräch genügend Zeit, diese miteinander zu besprechen.

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

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Bitte zutreffendes ankreuzen.

• **Familienstand:**

- ledig       geschieden       getrennt lebend       verheiratet  
 feste Lebenspartnerschaft       verwitwet

• Anzahl der Kinder:

• Was machen Sie aktuell beruflich?

• Körpergewicht:      kg

• Körpergröße:      cm

• **Operationen:**

---

---

---

---

• **Medikamente:** (bitte Medikamentenplan mitbringen)

---

---

---

---

Bitte zutreffendes ankreuzen.

- Bevorzugen Sie eher:       warmes Essen       kaltes Essen  
• Mögen Sie eher:       süß       sauer       bitter       salzig       scharf

**Schmerz**

• Ist Ihr Schmerz am ehesten

- nachts       tagsüber       nachts und tags  
 brennend       dumpf o stechend       schleichend       plötzlich im Beginn  
 verbessert in Bewegung       verschlechtert durch Bewegung  
 besser in Ruhe       schlechter in Ruhe  
 in Kälte verbessert       verschlechtert  
 in Wärme verbessert       verschlechtert  
 punktförmig       flächig  
 verbessert durch Druck       verschlechtert durch Druck

Bitte die folgenden Fragen mit Noten ausfüllen

von 0 (nein/nie) - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 (sehr oft/ständig/ ausgeprägt)

## Gleichgewicht Beruf/ Freizeit

- |  |   |
|--|---|
| <input type="radio"/> Arbeiten Sie viel?                                   | <input type="radio"/> Wie viele Stunden/Tag arbeiten Sie?         |
| <input type="radio"/> Machen Sie regelmäßig Sport?                         | <input type="radio"/> Fühlen Sie sich gestresst?                  |
| <input type="radio"/> Essen Sie regelmäßig?                                | <input type="radio"/> Kaffee/grüner oder schwarzer Tee?           |
| <input type="radio"/> Haben Sie oft ein blasses Gesicht?                   | <input type="radio"/> Haben Sie oft ein rotes Gesicht?            |
| <input type="radio"/> Fühlen Sie sich abgeschlagen/müde/schnell erschöpft? | <input type="radio"/> Haben Sie Durchschlafstörung?               |
| <input type="radio"/> Haben Sie Einschlafstörungen?                        | <input type="radio"/> Sind Sie vergesslich?                       |
| <input type="radio"/> Haben Sie Angst?                                     | <input type="radio"/> Essen Sie mit Appetit?                      |
| <input type="radio"/> Leiden Sie unter Osteoporose                         | <input type="radio"/> Haben Sie Krampfadern?                      |
| <input type="radio"/> Sind Sie schwerhörig?/Ohrgeräusche?                  | <input type="radio"/> Haben Sie einen Kloßgefühl im Hals?         |
| <input type="radio"/> Ist ihre Stimme heiser?                              | <input type="radio"/> Stottern Sie?                               |
| <input type="radio"/> Fühlen Sie sich traurig?                             | <input type="radio"/> Grübeln Sie oft?                            |
| <input type="radio"/> Haben Sie ein Engegefühl in der Brust?               | <input type="radio"/> Fühlen Sie ein Herzklopfen /Herzstolpern?   |
| <input type="radio"/> Fühlen Sie sich antriebslos?                         | <input type="radio"/> Sind Sie leicht reizbar?                    |
| <input type="radio"/> Leiden Sie unter Schreckhaftigkeit?                  | <input type="radio"/> Haben Sie regelmäßig Stuhlgang?             |
| <input type="radio"/> Leiden Sie unter Verstopfung/Obstipation?            | <input type="radio"/> Leiden Sie unter Blähungen?/Druck im Bauch? |
| <input type="radio"/> Besteht bei ihnen Sodbrennen?                        | <input type="radio"/> Kennen Sie vermehrtes Aufstoßen?            |
| <input type="radio"/> Haben Sie Übelkeit?                                  | <input type="radio"/> Müssen Sie häufig Urin lassen?              |
| <input type="radio"/> Sind Sie inkontinent?                                | <input type="radio"/> Müssen Sie nachts oft zur Toilette?         |
| <input type="radio"/> · Leiden Sie unter zu wenig Urin?                    | <input type="radio"/> · Haben Sie Hämorrhoiden?                   |
| <input type="radio"/> · Leiden Sie unter Haarausfall?                      | <input type="radio"/> · Haben Sie graue Haare?                    |
| <input type="radio"/> · Trockene Haut?                                     | <input type="radio"/> · Haben Sie trockene Lippen/trockenen       |
| <input type="radio"/> Mundraum? · Haben Sie Juckreiz?                      | <input type="radio"/> · Bestehen Allergien?                       |
| <input type="radio"/> · Sind Sie oft krank? Infektanfällig?                | <input type="radio"/> · Rissige Nägel?                            |
| <input type="radio"/> · Verspüren Sie sexuelle Unlust?                     | <input type="radio"/> · Sind Sie unfruchtbar?                     |
| <input type="radio"/> · Sind Sie impotent?                                 |   |

Nur Frauen:

- Besteht bei Ihnen eine starke Regelblutung?
- Besteht bei Ihnen eine unregelmäßige Regelblutung?
- Ist die Regelblutung schmerzhaft?

Bitte die folgenden Fragen mit Noten ausfüllen

von 0 (nein/nie) - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 (sehr oft/ständig/ ausgeprägt)

- |   |   |
|---|---|
| <input type="radio"/> Verspüren Sie ein Wärmegefühl?            | <input type="radio"/> Ist ihnen oft kalt?                         |
| <input type="radio"/> Besteht bei leichter Anstrengung Luftnot? | <input type="radio"/> Haben Sie einen zähen Schleim beim Husten?  |
| <input type="radio"/> Ist der Husten trocken?                   | <input type="radio"/> Haben Sie chronischen Husten?               |
| <input type="radio"/> Haben Sie Asthma?                         | <input type="radio"/> Leiden Sie unter Schweißausbruch?           |
| <input type="radio"/> Besteht bei Ihnen Karies?                 | <input type="radio"/> Haben Sie Mund- u. Schleimhautverletzungen? |
| <input type="radio"/> Trinken Sie 2 Liter am Tag?               | <input type="radio"/> Haben Sie stechende Kopfschmerzen?          |
| <input type="radio"/> Haben Sie einen Stirnkopfschmerz?         | <input type="radio"/> Haben Sie Schwindel?                        |
| <input type="radio"/> Leiden Sie unter innerer Unruhe?          | <input type="radio"/> Fühlen Sie sich innerlich angespannt?       |
| <input type="radio"/> Haben Sie Muskelverspannungen?            | <input type="radio"/> Nackensteifigkeit?                          |
| <input type="radio"/> Gliederschmerzen?                         | <input type="radio"/> Mögen Sie Wind?                             |
| <input type="radio"/> Mögen Sie Hitze?                          | <input type="radio"/> Mögen Sie Frost?                            |
| <input type="radio"/> Haben Sie kalte Hände?                    | <input type="radio"/> Haben Sie kalte Füße?                       |
| <input type="radio"/> Haben Sie geschwollene Füße/Hände?        |   |

---

Ort, Datum

---

Unterschrift