

PATIENTENFRAGEBOGEN

(Ersttermin)

(bitte vor dem Termin ausfüllen und vorhandene Befunde mitbringen)

1. Basisdaten

Name, Vorname: _____
Geburtsdatum: _____
Adresse: _____
Telefon: _____
E-Mail: _____
Beruf / Tätigkeit: _____

Versicherung:

☐ gesetzlich ☐ privat ☐ Beihilfe ☐ Selbstzahler

2. Anlass des Termins

Was ist Ihr Hauptanliegen?

Seit wann bestehen die Beschwerden?

☐ seit Tagen ☐ seit Wochen ☐ seit Monaten ☐ seit Jahren

Wie stark beeinträchtigen Sie die Beschwerden im Alltag?

☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5 ☐6 ☐7 ☐8 ☐9 ☐10

Gab es einen Auslöser? (z. B. Stress, Infekt, Antibiotika, OP)

3. Aktuelle Gesundheit

Bekannte Diagnosen / Erkrankungen:

Operationen / Krankenhausaufenthalte:

Allergien / Unverträglichkeiten:

Regelmäßige Medikamente:

Nahrungsergänzungsmittel / Naturheilmittel:

4. Beschwerden-Check (bitte ankreuzen)

- ☐ Müdigkeit / Erschöpfung
- ☐ Schlafstörungen
- ☐ Stress / innere Unruhe
- ☐ depressive Verstimmung
- ☐ Kopfschmerzen / Migräne
- ☐ Konzentrationsprobleme / Brain Fog
- ☐ Hautprobleme (Akne, Ekzem, Juckreiz)
- ☐ Infektanfälligkeit
- ☐ Muskel- / Gelenkbeschwerden
- ☐ Kreislaufprobleme / Schwindel

- ☐ Herzrasen
 - ☐ Gewichtszunahme / Gewichtsabnahme
 - ☐ Schilddrüsenerkrankung bekannt
 - ☐ Nahrungsmittelreaktionen
-

DARM & VERDAUUNG

5. Verdauung

Stuhlgang-Häufigkeit:

- ☐ täglich ☐ mehrmals täglich ☐ alle ____ Tage

Konsequenz:

- ☐ normal ☐ weich ☐ wässrig ☐ hart

Weitere Beschwerden:

- ☐ Blähungen ☐ Bauchschmerzen ☐ Völlegefühl
- ☐ Sodbrennen ☐ Übelkeit
- ☐ Fruktose ☐ Laktose ☐ Histamin

Sonstige:

Antibiotika in den letzten 12 Monaten?

- ☐ ja ☐ nein
-

FRAUENHEILKUNDE (nur bei Frauen / falls zutreffend)

6. Zyklus & Hormone

Zyklus regelmäßig?

- ☐ ja ☐ nein

Beschwerden:

- ☐ PMS / Stimmungsschwankungen
- ☐ Schmerzen während der Periode
- ☐ starke Blutung
- ☐ Zwischenblutungen

Letzte Periode: _____

Verhütung:

☐ normal ☐ Pille ☐ Spirale ☐ andere:

Wechseljahre:

☐ ja ☐ nein

Beschwerden:

☐ Hitzewallungen ☐ Gewicht ☐ Schlaf ☐ Stimmung

FUNKTIONELLE MEDIZIN / GANZHEITLICHE FAKTOREN

7. Ernährung & Lebensstil

Ernährungsform:

☐ Mischkost ☐ vegetarisch ☐ vegan ☐ Low Carb

andere: _____

Mahlzeiten pro Tag:

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ <3

Zucker / Heißhunger:

☐ ja ☐ nein

Kaffee:

☐ ja ☐ nein ☐ _____ Tassen am Tag

Alkohol:

☐ ja ☐ nein ☐ selten

Bewegung:

☐ kaum
☐ 1–2×/Woche
☐ 3–5×/Woche
☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10

Schlafqualität:

☐ gut ☐ mittel ☐ schlecht
☐ Einschlafprobleme ☐ Durchschlafprobleme

8. Vorbefunde (bitte wenn möglich beilegen)

- ☐ Blutwerte / Labor
 - ☐ Stuhlbefund
 - ☐ Schilddrüsenwerte
 - ☐ Hormonstatus
 - ☐ Ultraschall
 - ☐ MRT/CT
 - ☐ Darmspiegelung
 - ☐ Sonstige: _____
-

9. Ziel & Erwartung

Was wünschen Sie sich durch die Behandlung?

Was wäre für Sie ein gutes Ergebnis in 3 Monaten?

10. Erklärung

Ich bestätige, dass ich die Angaben nach bestem Wissen gemacht habe.

Ort, Datum

Unterschrift

