Sandra Möller
Bahnhofstraße 29-31
40878 Ratingen

Telefon: 02102/1488953
E-Mail: moeller@ganzkoerperharmonie.de

Sehr geehrte(r) Frau/Herr

Bitte lesen Sie diese Fragen ganz genau durch und beantworten Sie sie so gut wie möglich. Bei der ersten Untersuchung werden alle Angaben mit Ihnen besprochen. Selbstverständlich unterliegen alle Angaben der beruflichen Schweigepflicht. Vielen Dank für Ihr Vertrauen und Ihre Bemühungen.

Name:

Vorname:

Adresse:

Postleitzahl:

Wohnort:

Geburtsdatum:

Telefon:

Handy:

E-mail:

Beruf:

Beihilfeberechtigt:

Krankenkasse:

Zusatzversichtert, wenn ja wo?

Freizeit, Hobby, Sport:

Aktuelle Medikamente/
Nahrungsergänzungsmittel:

Körpergröße: Körpergewicht: Kinder:

Treiben Sie Sport? Wenn ja, was und wie häufig pro Woche?

Wie sind Sie zu mir gekommen? Wer hat Ihnen meine Praxis empfohlen?

Akute Beschwerden - unter welchen Beschwerden leiden Sie und seit wann? (Ordnen Sie nach Wichtigkeit)

1. seit:
2. seit:
3. seit:
4. seit:
5. seit:
6. seit:

Welche Behandlungen haben Sie gegen diese Beschwerden bereits bekommen? Und was hat geholfen?

Treten die Beschwerden in einem bestimmten Schema auf?

Was war unmittelbar vor dem ersten Auftreten ihrer jetzigen Beschwerden
Existieren hierzu Befundberichte, Bescheinigungen, Laborberichte oder radiologische Berichte?

☐ ja ☐ nein

Bestehen bekannte ärztlich diagnostizierte Allergien?

Welche Krankheiten sind in ihrer Familie bekannt?

Ernährung: wie viel Liter und was genau trinken Sie täglich (auch Alkohol und Kaffee)

Nahrungsmittelallergien auf:

Halten Sie Diät oder haben Sie besondere Essensgewohnheiten?

Konsumieren Sie (bitte genau)

Zucker		ja		nein	wieviel & oft?	
Kuchen		ja		nein	wieviel & oft?	
Süßigkeiten		ja		nein	wieviel & oft?	
Weißmehlprodukte		ja		nein	wieviel & oft?	
Milchprodukte		ja		nein	wieviel & oft?	
Eier		ja		nein	wieviel & oft?	
Nüsse		ja		nein	wieviel & oft?	
Fleisch		ja		nein	wieviel & oft?	
Fisch		ja		nein	wieviel & oft?	

Sind Sie bereit, Ihre Ernährungsgewohnheiten mit meiner Hilfe zu verbessern?

Ja nein

Wie sind Ihre Essgewohnheiten? regelmäßig unregelmäßig

Wie häufig pro Woche essen Sie auswärts und wo - z.B. Kantine?

Wie viele Mahlzeiten am Tag nehmen Sie zu sich?

Essen Sie häufiger Zwischenmahlzeiten? Wenn ja, was?

Beschreiben Sie bitte Ihren Alkoholkonsum:

Ist Ihnen eine Nahrungsmittelunverträglichkeit bekannkt?

Haben Sie Kinderkrankheiten durchgemacht?

Hatten Sie schonmal eine Infektionskrankheit (z.B im Urlaub)?

Wann und weshalb wurden Sie in den letzten 10 Jahren mit Antibiotikum oder Kortison behandelt? (chronologisch)

Stuhlgang: ☐ täglich
☐ x in der Woche

Konsistenz: ☐ hart ☐ hell ☐ schmierig
☐ weich ☐ dunkel ☐ knollig

Sonstige körperliche Symptome:

Gynäkologisch:

Periode:

☐ regelmäßig ☐ unregelmäßig ☐ sehr schmerzhaft

Gab es in der Vergangenheit Unfälle oder Operationen?

Schilddrüse: ☐ Überfunktion ☐ Unterfunktion ☐ Operation

Wie viele Stunden schlafen Sie pro Nacht? Um wie viel Uhr gehen Sie zu Bett, um wie viel Uhr stehen Sie auf?

Wenn ich erwache, fühle ich mich:

- ☐ ausgeruht/frisch
- ☐ müde/ schlapp/ unausgeschlafen

Wie ist Ihr Zahnstatus?

- ☐ Amalgamfüllungen
- ☐ Goldfüllungen
- ☐ Keramikfüllungen
- ☐ Weisheitszähne
- ☐ Implantate
- ☐ Wurzelbehandelte Zähne
- ☐ Titanfüllungen
- ☐ Palladiumfüllungen
- ☐ Neigung zu Paradontitis
- ☐ Kunststoffausfüllungen

Gab es einscheidende Veränderungen in Ihrer Lebenssituation?

Existieren Risikofaktoren?

- ☐ Übergewicht
- ☐ Alkoholiker
- ☐ Bluthochdruck
- ☐ Depressionen
- ☐ Drogensucht
- ☐ Extremsportler
- ☐ Asthma
- ☐ Belastung am Arbeitsplatz
- ☐ Raucher
- ☐ Leistungssportler
- ☐ Gefäßerkrankung

Rauchen Sie, wenn ja, wie viel?

Haben Sie gelegentlich ein Taubheitsgefühl im Körper?

Sind Sie glücklich?

Wann begann die erste Menstruation?

Gibt oder gab es Beschwerden im Zusammenhang mit der Menstruation?

Gibt es Klimakterische Beschwerden?

Nehmen Sie Verhütungsmittel? Wenn ja, welche?

Gab es in den letzten Jahren Impfungen? Wenn ja, gab es Besonderheiten in der "Reaktion"?

Haben Sie Kinder geboren? Wenn ja, gab es in der Schwangerschaft oder bei den Geburten Probleme?

Sind die Schwangerschaften auf natürlichem Wege zu Stande gekommen. Wenn nicht, welche Maßnahmen wurden ergriffen?

Gab es Besonderheiten in der eigenen Schwangerschaft und Geburt?

Sind Sie müde und erschöpft? ☐ ja ☐ nein

In letzter Zeit verstärkt reizbar? ☐ ja ☐ nein

Mangelnde Konzentration? ☐ ja ☐ nein

Leben Sie in einer Partnerschaft?

Wie ist das Verhältnis zu Ihrem Partner?

☐ sehr gut ☐ gut ☐ mäßig

Wie leistungsfähig fühlen Sie sich zur Zeit?

Sind Sie mit Ihrer Lebenssituation zufrieden?

☐ ja ☐ nein

Was erwarten Sie von meiner Behandlung?

Ort/Datum

Vielen Dank für Ihr Vertrauen und Ihre Aufmerksamkeit.
Ihre Sandra Möller

Sandra Möller
Bahnhofstraße 29-31
40878 Ratingen
Telefon: 02102/1488953
E-Mail: moeller@ganzkoerperharmonie.de
Web: www.ganzkoerperharmonie.de