



Sandra Möller
Mülheimer Str. 94A
40882 Ratingen

Telefon: 017624825148
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:

Frühere Berufe:

Freizeit, Hobby, Sport:

Aktuelle Medikamente:

Familienstand:

Kinder:

Hausarzt:

Telefon:

Facharzt:

Telefon:

Therapeut:

Telefon:

Körpergröße:

Körpergewicht:

Blutgruppe:

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?

Welche Ärzte, Kliniken, Heilpraktiker, haben Sie bislang aufgesucht?

Wie war der Erfolg der aufgesuchten Ärzte, Kliniken, Heilpraktiker?

sehr gut gut mässig schlecht sehr schlecht

Was war unmittelbar vor dem ersten Auftreten ihrer jetzigen Beschwerden?

eine Erkrankung, welche:

eine Operation, welche:

Hautausschlag Kummer/Trauer Ärger Schreck

Treten die Beschwerden regelmäßig oder in einem bestimmten Schema auf?

regelmäßig unregelmäßig zeitweise permanent

tagsüber nachts nach dem Essen bei Bewegung

Bitte beschreiben Sie die Art und Weise Ihrer Schmerzen:

stechend brennend bohrend

klopfend drückend reißend

Existieren hierzu Befundberichte, Bescheinigungen, Laborberichte oder radiologische Berichte?

Leiden Sie unter allergischen Beschwerden?

Bestehen bekannte ärztlich diagnostizierte Allergien?

Welche Krankheiten sind in ihrer Familie bekannt?

- | | | |
|---|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Krebs | <input type="checkbox"/> Tuberkulose | <input type="checkbox"/> Schlaganfall |
| <input type="checkbox"/> Herzerkrankungen | <input type="checkbox"/> Gefäßerkrankungen | <input type="checkbox"/> Epilepsie |
| <input type="checkbox"/> Geisteskrankheiten | <input type="checkbox"/> Geschlechtskrankheiten | <input type="checkbox"/> Asthma |
| <input type="checkbox"/> Multiple Sklerose | <input type="checkbox"/> Neurodermitis | <input type="checkbox"/> Allergien |
| <input type="checkbox"/> Rheuma | <input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit | <input type="checkbox"/> Gicht |
| <input type="checkbox"/> Schuppenflechte | <input type="checkbox"/> andere: | <input type="text"/> |

Ernährung: wieviel Liter und was genau trinken sie täglich (auch Alkohol und Kaffee)?

Konsumieren Sie (bitte genau)

- | | | | | |
|------------------|-----------------------------|-------------------------------|----------------|----------------------|
| Zucker | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | wieviel & oft? | <input type="text"/> |
| Kuchen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | wieviel & oft? | <input type="text"/> |
| Süßigkeiten | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | wieviel & oft? | <input type="text"/> |
| Weißmehlprodukte | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | wieviel & oft? | <input type="text"/> |
| Milchprodukte | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | wieviel & oft? | <input type="text"/> |
| Eier | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | wieviel & oft? | <input type="text"/> |
| Nüsse | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | wieviel & oft? | <input type="text"/> |
| Fleisch | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | wieviel & oft? | <input type="text"/> |
| Fisch | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | wieviel & oft? | <input type="text"/> |

Auf welche Lebensmittel können Sie nur schwer verzichten?

starkes Verlangen nach:

große Abneigung gegen:

Nahrungsmittelallergien auf:

Halten Sie Diät oder haben Sie besondere Essensgewohnheiten?

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

Wie sind Ihre Essgewohnheiten?

regelmäßig unregelmäßig

Wie findet die Einnahme der Mahlzeiten statt?

mit Familie / Partner allein

Wo findet die Nahrungsaufnahme statt?

zu Hause:

am Arbeitsplatz:

im Auto:

sonstiges:

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 bekannt?

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

Haben Sie Kinderkrankheiten durchgemacht?

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

Körperliche Symptome:

Herz: Beschwerden
 Druckgefühl/Beklemmung
 Infarkt
 Rhythmusstörungen

Leber: Entzündungen
 Hepatitis

Blase: häufige Entzündungen
 häufiges Urinieren
 kann Urin nicht halten

Darm: Neigung zu Verstopfung
 Neigung zu Durchfällen
 Entzündungen
 Infektionen
 Blähungen

Geruch nach:

Rücken: Verspannungen
 Ischialgie
 Skoliose

Haut: schlecht heilende Wunden
 Geschwüre/Furunkel
 Warzen
 Pilze
 Juckreiz

Lunge: häufig Husten
 häufig Bronchitis
 Atemnot

Galle: Stein/Koliken
 Fettunverträglichkeit

Magen: Völlegefühl
 saures Aufstoßen
 Appetitlosigkeit

Stuhlgang: täglich
 x in der Woche

Konsistenz: hart
 weich
 hell
 dunkel
 schmierig
 knollig

Arme: Kribbeln
 kalte Hände
 Reynaud Syndrom

Sonstige körperliche Symptome:

[Empty text area for other physical symptoms]

Gynäkologisch:

Ausfluss: keinen stark gelblich weiß wundmachend

Periode: regelmäßig unregelmäßig sehr schmerzhaft

Blutungen: hell dunkel braun klumpig

Tumore Zysten Myome Infektionen/
Entzündungen

Urologisch:

Prostata: Beschwerden beim Wasserlassen vergrößert

häufiges Wasserlassen, auch nachts entzündet

Hat sich Ihre Körpertemperatur in letzter Zeit verändert?

[Empty text area for body temperature change]

Gab es in der Vergangenheit Unfälle oder Operationen?

[Empty text area for accidents or operations]

Leiden Sie unter Schwindel? nie selten häufig

Leiden Sie unter Kopfschmerzen? nie selten häufig

Auslöser der Kopfschmerzen?

[Empty text area for triggers of headaches]

Was verbessert?

Was verschlechtert?

Beschreiben Sie den Schmerz:

Schilddrüse: Überfunktion Unterfunktion Operation

Schilddrüsenmedikamente

Wurde Ihre Wohnung auf Elektrosmog-Belastungen untersucht?

ja nein

Wie ist Ihre Wohnung beschaffen?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Funkmasten in der Nähe | <input type="checkbox"/> Schimmelpilzbelastung |
| <input type="checkbox"/> Antiquitäten/Holzschutzmittel | <input type="checkbox"/> Internet/ Wireless LAN |
| <input type="checkbox"/> schnurlose Telefone | |
| <input type="checkbox"/> Wasserbett | |

Wie ist Ihr Schlaf?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> häufiges Erwachen um ca. <input type="checkbox"/> Uhr | <input type="checkbox"/> Einschlafschwierigkeiten |
| <input type="checkbox"/> Sprechen im Schlaf | <input type="checkbox"/> Unruhe in den Beinen |
| <input type="checkbox"/> heiße brennende Füße | <input type="checkbox"/> Nachtschweiß |
| <input type="checkbox"/> Schlaf in Bauchlage | <input type="checkbox"/> Schlaf in Rückenlage |
| <input type="checkbox"/> Schlaf auf der Seite | <input type="checkbox"/> zusammengerollt |
| <input type="checkbox"/> Zähneknirschen | <input type="checkbox"/> Schlaflosigkeit |
| <input type="checkbox"/> Schlafwandeln | |

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 Wurzelbehandelte Zähne Implantate
 Goldfüllungen Titanfüllungen
 Keramikfüllungen Palladiumfüllungen
 Weisheitszähne Neigung zu Parodontitis
 Tote Zähne Kunststoffausfüllungen

Leiden Sie unter Veränderungen der Sehfähigkeit?

Leiden Sie unter Veränderungen der Hörfähigkeit?

Gab es einschneidende Veränderungen in Ihrer Lebenssituation?

Existieren Risikofaktoren?

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



Liegen bekannte Erkrankungen vor?

Haben Sie Probleme mit Haarausfall?

Haben Sie Probleme mit der Nase?

Haben Sie Probleme mit den Augen?

Haben Sie Probleme mit den Mandeln?

Haben Sie Probleme mit den Ohren?

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?

Bitte beschreiben Sie die Geburten:

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

Wie war die eigene Schwangerschaft und Geburt?

Sind Sie gestillt worden? Wenn ja, wie lange?

Bitte beschreiben Sie einen typeschen Tagesablauf bei Ihnen:

Erlauben Sie mir zum Abschluss noch ein paar emotionale Fragen:

Sind die berührungsempfindlich? ja nein

Beängstigen Sie enge Räume? ja nein

Sind Sie müde und erschöpft? ja nein

In letzter Zeit verstärkt reizbar? ja nein

Mangelnde Konzentration? ja nein

Plagen Sie Ängste oder Schuldgefühle? ja nein

Wie belastbar sind Sie?

sehr belastbar mäßig belastbar gar nicht belastbar

Wie leistungsfähig fühlen Sie sich zur Zeit?

Leben Sie in einer Partnerschaft?

Wie ist das Verhältnis zu Ihrem Partner?

sehr gut gut mäßig

Sind Sie mit Ihrer Lebenssituation zufrieden?

ja nein

Sind Sie gestillt worden? Wenn ja, wie lange?



Was erwarten Sie von meiner Behandlung?

Four horizontal light green bars for writing the answer to the question above.

Ort/Datum

A single horizontal light green bar for writing the location and date.

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

Sandra Möller
Mülheimer Str. 94A
40882 Ratingen

Telefon: 017624825148
E-Mail: moeller@ganzkoerperharmonie.de
Web: www.ganzkoerperharmonie.de

