Fragebogen zu deiner Gesundheit

Bitte fülle den Fragebogen spätestens 2 Tag vor unserem ersten Termin aus (nicht zutreffendes auslassen)

Selbstverständlich sind all deine Angaben vertraulich, ich urteile oder verurteile nicht. Umso genauer deine Angaben umso ein besseres Bild kann ich mir von deinem Problem machen.

Wie groß bist du? _____

Wie viel wiegst du? _____

Familienstand _____

Kinder _____

Beruf _____

Was ist dein Hauptproblem?

_____

Was erhoffst du dir von meiner Tätigkeit?

_____

Bitte beantworte jede Frage sorgfältig und wähle eine Bewertung die am besten deine Situation widerspiegelt. Eine Bewertung von 1 bedeutet, dass die Aussage überhaupt nicht stimmt und eine Bewertung von 5 bedeutet, dass es vollkommen zutrifft.

Dein Wohlbefinden

Vitalität gering

1 trifft zu — 5 trifft überhaupt nicht zu

1	2	3	4	5
◯	◯	◯	◯	◯

Viel Stress

◯ 1	◯ 2	◯ 3	◯ 4	◯ 5

Körperliche Fitness

◯ 1	◯ 2	◯ 3	◯ 4	◯ 5

Guter Schlaf allgemein

◯ 1	◯ 2	◯ 3	◯ 4	◯ 5

Wie viel Std. schläfst du im Schnitt? _____

Schlafenszeit/Aufstehzeit? _____

Anhaltende Müdigkeit

◯ 1	◯ 2	◯ 3	◯ 4	◯ 5

Konzentrationsfähigkeit

◯ 1	◯ 2	◯ 3	◯ 4	◯ 5

Deine Gefühle

Lebenslust

◯ 1	◯ 2	◯ 3	◯ 4	◯ 5

Gleichgültigkeit

◯ 1	◯ 2	◯ 3	◯ 4	◯ 5
Traurig				
◯ 1	◯ 2	◯ 3	◯ 4	◯ 5
Alles belastend				
◯ 1	◯ 2	◯ 3	◯ 4	◯ 5
Schnell wütend				
◯ 1	◯ 2	◯ 3	◯ 4	◯ 5
Gutes Selbstwertgefühl/Selbstliebe				
◯ 1	◯ 2	◯ 3	◯ 4	◯ 5
Dein persönliches Umfeld				
Erfüllende Partnerschaft				
◯ 1	◯ 2	◯ 3	◯ 4	◯ 5
Tolle Freundschaft				
◯ 1	◯ 2	◯ 3	◯ 4	◯ 5
Glückliche Familie				
◯ 1	◯ 2	◯ 3	◯ 4	◯ 5

Guter Job

◯ 1	◯ 2	◯ 3	◯ 4	◯ 5

Deine Freizeit

Treibst du Sport?

◯ Ja	◯ Nein			

Wenn ja, welche Sportart und wie oft pro Woche?

_____

Übst du regelmäßig Entspannungsverfahren?

◯ Ja	◯ Nein			

Wenn ja, welche und wie oft pro Woche? _____

Hobbys? _____

Deine gesundheitliche Situation

Allergien

◯ Ja	◯ Nein			

Welche? _____

Nahrungsmittelunverträglichkeiten

◯ Ja	◯ Nein			

Welche? _____

Bluthochdruck

◯ Ja	◯ Nein			

Hoher Cholesterinwert

◯ Ja	◯ Nein			

Diabetes

◯ Ja	◯ Nein			

Schilddrüsenstörung

◯ Ja	◯ Nein			

Welche Art? _____

Hautprobleme ąû í ½ßÅèÅ C° °ûÅŁ ÿøûðÂÅ >ûè Ï Åûè´ Ï Åą

◯ Ja	◯ Nein			

Was? _____

Kopfschmerzen/Migräne

◯ 1	◯ 2	◯ 3	◯ 4	◯ 5

Magenprobleme

◯ 1	◯ 2	◯ 3	◯ 4	◯ 5

Darmprobleme

◯ Ja	◯ Nein			

Welche? _____

Wie stark? _____

Stuhlgang wie oft? _____

Häufig erkältet

◯ Ja	◯ Nein			

Häufig Darmpilz, Genitalpilz mit Juckreiz, Nagelpilz, Hautpilz

◯ Ja	◯ Nein			

Häufig Blasenentzündung

◯ Ja	◯ Nein			

Blasenschwäche

◯ Ja	◯ Nein			

Sonstige Erkrankungen der Blase und/oder der Unterleibsorgane

Welche? _____

Herpes

◯ Ja	◯ Nein			

Schmerzen (Hals, Nacken, LWS)

◯ Ja	◯ Nein			

Sonstige Schmerzen _____

Bist du derzeit in ärztlicher Behandlung

◯ Ja	◯ Nein			

Wenn ja, mit welcher Erkrankung? _____

Nimmst du derzeit Medikamente

◯ Ja	◯ Nein			

Wenn ja, welche? _____

Nimmst du Nahrungsergänzungsmittel

◯ Ja	◯ Nein			

Wenn ja, welche und wie oft? _____

Hast du Zahnfleischprobleme

◯ Ja	◯ Nein			

Hast du Füllungen

◯ Ja	◯ Nein			

Wenn ja, welche? _____

Hast du wurzelbehandelte Zähne

◯ Ja	◯ Nein			

Deine Umwelt

Welche Gesichts- bzw. Körperpflegeprodukte verwendest du

- ☐ Konventionell
- ☐ Naturkosmetik

Rauchst du (Zigaretten, E-Zigaretten, Shisha)

◯ Ja	◯ Nein			

Wenn ja, wie viel täglich und seit wann? _____

Bildschirmzeit

Wie viel Zeit verbringst du am Handy, Computer oder vor dem TV?

_____

Elektrosmog

W-LAN nachts aus?

- ◯ Ja
- ◯ Nein

Smartphone auf Flugmodus?

- ◯ Ja
- ◯ Nein

Wohnst du in der Nähe eines Sendemasten?

- ◯ Ja
- ◯ Nein

Hast du Geräte in der Mehrfachsteckdose neben dem Nachkästchen?

- ◯ Ja
- ◯ Nein

Schlafzimmer

Was für eine Matratze hast du? _____

Deine Frauengesundheit

Wann war dein letzter Besuch beim Frauenarzt? _____

Wann wurden welche Vorsorgeuntersuchen das letzte Mal durchgeführt?

_____

Dein Zyklus & deine Menstruation

Führst du ein Zyklustagebuch?

- ◯ Ja
- ◯ Nein

Wann war deine letzte Periodenblutung? _____

Zyklusdauer?

- ◯ <25 Tage
- ◯ 25-30 Tage
- ◯ > 30 Tage

Wie lang dauert deine Periodenblutung? _____

Bemerkst du Unterschiede im Energielevel zwischen der 1. und 2. Zyklushälfte?

- ◯ Ja
- ◯ Nein

Wenn ja, welche Unterschiede? _____

Deine Beschwerden vor der Regelblutung

Stimmungsschwankungen (depressiv, aggressiv, traurig)

◯ 1	◯ 2	◯ 3	◯ 4	◯ 5

Unterleibsschmerzen				
◯ 1	◯ 2	◯ 3	◯ 4	◯ 5
Rückenschmerzen				
◯ 1	◯ 2	◯ 3	◯ 4	◯ 5
Kopfschmerzen				
◯ 1	◯ 2	◯ 3	◯ 4	◯ 5
Antriebslos/müde				
◯ 1	◯ 2	◯ 3	◯ 4	◯ 5
Spannungsgefühl der Brüste				
◯ 1	◯ 2	◯ 3	◯ 4	◯ 5
Verdauungsprobleme (Völlegefühl, Blähungen)				
◯ 1	◯ 2	◯ 3	◯ 4	◯ 5
Verstärkt Wassereinlagerungen				
◯ 1	◯ 2	◯ 3	◯ 4	◯ 5
Hautveränderungen (Unreinheiten/Akne, Trockenheit)				
◯ 1	◯ 2	◯ 3	◯ 4	◯ 5

Deine Beschwerden während der Regelblutung

Was tut dir gut, vor und während der Menstruation? _____

Schmerzen während der Periode

◯ 1	◯ 2	◯ 3	◯ 4	◯ 5

Nimmst du während der Periode Schmerzmittel ein

◯ Ja	◯ Nein			

Wenn ja, wie viel und wie oft? _____

Blutungsmenge?

- ☐ gering
- ☐ mittel (3 Binden/Tampons pro Tag)
- ☐ stark (>4 saugstarke Binden/Tampons pro Tag)

Zwischenblutung?

- ◯ Ja
- ◯ Nein

- ☐ Am Zyklus Anfang
- ☐ Am Zyklus Ende
- ☐ Dazwischen
- ☐ Unregelmäßig

Bleibt deine Periode schon mal aus?

- ◯ Ja
- ◯ Nein

Wenn ja, wie lange? _____

Ausfluss?

- ◯ Ja
- ◯ Nein

Farbe/Geruch? _____

Deine Verhütung

- ☐ Keine
- ☐ Pille
- ☐ Kondom/Femidom
- ☐ Hormonspirale
- ☐ 3 Monatsspritze
- ☐ Kupferspirale
- ☐ Kupferkette
- ☐ Vaginalring
- ☐ Hormonpflaster
- ☐ Implantat
- ☐ Diaphragma
- ☐ Spermizide

Seit wann? _____

Wenn du früher hormonell verhütet hast...

Seit wann verhütest du nicht mehr hormonell? _____

Wie lang hast du hormonell verhütet? _____

Dein Sexualleben & Lustempfinden

Lust auf Sex

- ◯ gering
- ◯ normal
- ◯ gesteigert

Wie oft empfindest du Lust auf Sex? _____

Schmerzen beim Sex

◯ Ja	◯ Nein			

Gute Feuchtigkeit

◯ Ja	◯ Nein			

Orgasmusfähigkeit

- ☐ schwierig
- ☐ nie
- ☐ einfach
- ☐ nur allein
- ☐ mit Partner

Wie häufig hast du durchschnittlich Sex?

- ◯ weniger als 1 x pro Monat
- ◯ wöchentlich
- ◯ mehrmals wöchentlich
- ◯ täglich

Kinderwunsch

Besteht ein Kinderwunsch

◯ Ja	◯ Nein			

Seit wann aktiv am Kinderwunsch dran? _____

Nutzt du NFP/Messung der Basaltemperaturkurve

◯ Ja	◯ Nein			

Bisherige Schwangerschaften/Geburten (inkl. Fehlgeburten)? _____

Operationen am Unterleib

◯ Ja	◯ Nein			

Fragen zu deiner Ernährungsweise

Wie ernährst du dich?

◯ vegetarisch
◯ vegan
◯ Alles-Esser

Dein Frühstück

Zu welcher Uhrzeit frühstückst du? _____

Was frühstückst du und in welcher Menge? _____

Dein Mittagessen

Bereitest du dein Mittagessen selbst zu?

- ◯ Ja
- ◯ Nein

Verwendest du eine Mikrowelle?

- ◯ Ja
- ◯ Nein

Isst du gerne Light-Produkte?

- ◯ Ja
- ◯ Nein

Verwendest du Süßstoffe?

- ◯ Ja
- ◯ Nein

Wenn ja, welche? _____

Zu welcher Uhrzeit isst du zu Mittag? _____

Was isst du mittags und wie oft pro Woche? _____

Was isst du zwischen dem Mittagessen und dem Abendessen? _____

Dein Mittagessen

Zu welcher Uhrzeit isst du zu Abend? _____

Was isst du abends und wie oft pro Woche? _____

Trinken

Wie viel Wasser trinkst du täglich? _____

- ☐ Leitungswasser
- ☐ Sprudel
- ☐ stilles Wasser

Süßgetränke?

- ◯ Ja
- ◯ Nein

Kaffee?

- ◯ Ja
- ◯ Nein

Wenn ja, wie viel? _____

Dein Bewusstsein über Stress und Resilienz

Deine Top 3 Stressoren?

_____

Wie merkst du, dass du gestresst bist?

Körperliche Anzeichen (Verdauung, Knirschen) _____

Emotionale Anzeichen (schnell frustriert, weinen) _____

Wahrnehmung (schnell abgelenkt, unkonzentriert) _____

Wenn du dich gestresst, überrollt oder erschöpft fühlst, dann hilft dir?

_____

Wähle eines der o. g. Dinge, welche dir helfen, wenn du gestresst oder erschöpft bist. Wie kannst du diese Strategie zur Stressbewältigung noch mehr nutzen?

_____

Was könnte dich daran hindern, diese Strategie mehr zu nutzen?

_____

Was könntest du tun, um diese Hindernisse zu verringern?

_____

Wie wichtig ist es dir, diese Strategie zur Stressbewältigung zu verstärken?

◯ 1	◯ 2	◯ 3	◯ 4	◯ 5

Was muss passieren, damit diese Strategie für dich wichtiger ist?

_____

Wie zuversichtlich bist du, dass du diese Strategie zur Stressbewältigung verstärken kannst?

◯ 1	◯ 2	◯ 3	◯ 4	◯ 5

Was ist die eine Sache, die du ab heute umsetzen kannst, um diese Strategie zur Stressbewältigung mehr zu nutzen?

_____

Geschafft!

Ich danke dir fürs ausfüllen und freue mich auf unseren Termin.

Deine Mella