NährWERTVOLL
Heilpraktikerin Dr. rer. nat. Sandra Baumgart

Gesundheitsfragebogen zum Ersttermin

Dieser Fragebogen dient der strukturierten Erfassung Ihrer gesundheitlichen Vorgeschichte und als Grundlage für unser persönliches Gespräch. Die für Ihr Anliegen relevanten Angaben besprechen und vertiefen wir gemeinsam im Termin.

Alter: _____ Jahre

Beruf / Tätigkeit: _____ Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg

1. Ihr Anliegen

Was führt Sie hauptsächlich in meine Praxis?

_____

_____

Welche 1–3 Beschwerden oder Anliegen beeinträchtigen Sie derzeit am stärksten?

_____

_____

Seit wann bestehen die Beschwerden? Wie haben sie sich seitdem entwickelt?

_____

Gab es ungefähr zum Beginn der Beschwerden besondere Ereignisse oder Veränderungen (z. B. Infekt, Antibiotika, Operation, Schwangerschaft, Wechseljahre, starke Belastung, Ernährungsumstellung)?

_____

_____

Was möchten Sie durch die Behandlung vor allem erreichen?

_____

_____

2. Medizinische Vorgeschichte

Welche Erkrankungen wurden bei Ihnen diagnostiziert?

☐ Schilddrüse ☐ Diabetes / Insulinresistenz ☐ Bluthochdruck / Herz-Kreislauf ☐ Fettstoffwechsel

☐ Leber / Galle ☐ Magen / Darm ☐ Autoimmun ☐ Rheuma / Gelenke ☐ Haut

☐ Allergien / Asthma ☐ Neurologisch ☐ Psychisch ☐ Tumorerkrankung ☐ Osteoporose

Andere Erkrankungen / nähere Angaben:

_____

_____

Relevante Erkrankungen in Ihrer Familie (z. B. Diabetes, Herz-Kreislauf, Autoimmun-, Schilddrüsen-, Darm- oder Tumorerkrankungen):

_____

_____

Operationen, größere Verletzungen oder Krankenhausaufenthalte (möglichst mit Jahr):

_____

_____

Sind Sie derzeit regelmäßig ärztlich oder fachärztlich in Behandlung? ☐ nein ☐ ja, wegen: _____

Liegen aktuelle Labor-, Arzt- oder andere Befunde vor? ☐ nein ☐ ja → bitte zum Termin mitbringen bzw. bereitstellen

3. Medikamente, Hormone und Präparate

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig oder bei Bedarf? Bitte mit Dosierung und Einnahmezeitpunkt:

_____
_____
_____

Nehmen Sie Hormone ein (z. B. Schilddrüsenhormone, hormonelle Verhütung, Hormonersatztherapie)? Bitte mit Dosierung:

_____
_____

Welche Nahrungsergänzungsmittel, pflanzlichen oder sonstigen Präparate nehmen Sie derzeit? Bitte möglichst mit Dosierung:

_____
_____
_____

Bestehen Medikamentenallergien oder andere relevante Allergien?

_____

4. Verdauung

Wie häufig haben Sie normalerweise Stuhlgang?

☐ mehrmals täglich ☐ täglich ☐ alle 2–3 Tage ☐ seltener

Wie ist Ihre Stuhlkonsistenz überwiegend?

☐ hart / Verstopfung ☐ geformt ☐ weich / breiig ☐ Durchfall ☐ stark wechselnd

Welche Beschwerden bestehen regelmäßig?

☐ Blähungen ☐ geblähter Bauch ☐ Bauchschmerzen / Krämpfe ☐ Völlegefühl
☐ Übelkeit ☐ Sodbrennen / Reflux ☐ Aufstoßen ☐ Verstopfung ☐ Durchfall
☐ Schleim im Stuhl ☐ sichtbares Blut im Stuhl

Besteht ein Zusammenhang mit Mahlzeiten oder bestimmten Lebensmitteln? Wenn ja, welcher?

_____
_____

Antibiotika in den letzten 2 Jahren? ☐ nein ☐ ja

Falls ja: ungefähr wann, wie häufig und aus welchem Grund?

_____

5. Ernährung

Wie ernähren Sie sich überwiegend?

☐ Mischkost ☐ vegetarisch ☐ vegan ☐ anderes: _____

Hauptmahlzeiten pro Tag: _____ Zwischenmahlzeiten: ☐ selten ☐ regelmäßig

Beschreiben Sie bitte kurz einen typischen Ernährungstag (Frühstück – Mittag – Abendessen – Snacks):

_____
_____
_____
_____

Gibt es Lebensmittel, die Sie bewusst meiden? Wenn ja, welche und warum?

_____

_____

Bestehen diagnostizierte Lebensmittelallergien oder -unverträglichkeiten?

_____

Trinkmenge: ca. _____ Liter/Tag überwiegend: _____

6. Hormone / Frauengesundheit (falls zutreffend)

☐ regelmäßiger Zyklus ☐ unregelmäßiger Zyklus ☐ keine Menstruation ☐ hormonelle Verhütung

☐ Perimenopause ☐ Menopause

Letzte Menstruation / Zykluslänge, soweit bekannt: _____

Bestehen folgende Beschwerden?

☐ starke / schmerzhafte Blutungen ☐ PMS ☐ Zyklusunregelmäßigkeiten ☐ Hitzewallungen

☐ Nachtschweiß ☐ Schlafstörungen ☐ Stimmungsschwankungen

Bekannte gynäkologische Erkrankungen, Schwangerschaften oder relevante gynäkologische Operationen:

_____

_____

7. Energie, Schlaf und Belastung

Wie würden Sie Ihre derzeitige Energie einschätzen? 0 = völlig erschöpft | 10 = sehr energiegeladen

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Wann fühlen Sie sich besonders erschöpft?

_____

Durchschnittliche Schlafdauer: _____ Stunden

☐ Schlaf erholsam ☐ Einschlafprobleme ☐ Durchschlafprobleme ☐ frühes Erwachen

☐ nächtliches Schwitzen ☐ Schnarchen / bekannte Schlafapnoe ☐ unruhige Beine

Wie stark fühlen Sie sich derzeit privat oder beruflich belastet?

☐ kaum ☐ etwas ☐ deutlich ☐ sehr stark

Was belastet Sie derzeit besonders? (freiwillige Angabe)

_____

_____

8. Bewegung und Lebensstil

Bewegung / Sport: Art und Häufigkeit:

_____

☐ Alltagsbewegung gering ☐ Alltagsbewegung mittel ☐ Alltagsbewegung viel

Rauchen: ☐ nein ☐ ja: _____

Alkohol: ☐ keiner ☐ selten ☐ 1–2×/Woche ☐ häufiger

Kaffee / koffeinhaltige Getränke: ca. _____ Portionen pro Tag

9. Zum Abschluss

Was wäre für Sie in den nächsten Wochen oder Monaten eine spürbare Verbesserung?

_____

_____

Wie wünschen Sie sich das therapeutische Vorgehen?

☐ zunächst wenige, gut umsetzbare Schritte

☐ eine ausführliche Einordnung und umfassendere Empfehlungen

☐ ich bin unsicher und möchte das gemeinsam im Termin besprechen

Gibt es noch etwas, das für Ihre gesundheitliche Situation wichtig ist und bisher nicht erfragt wurde?

_____

_____

_____

Vielen Dank für Ihre Angaben. Die medizinisch relevanten Punkte besprechen wir gemeinsam im Ersttermin.