**Ganzheitlicher Fragebogen der regulationsmedizinischen Individualsprechstunde Dr. Walter**

**Name:……………………………………………………………Datum:……………………**

**Geburtsdatum:……………………………………… Patientennummer:………………**

**Die Fragen sind ganzheitlich ausgerichtet. Sie dienen der vertraulichen Erfassung der Einzigartigkeit und Individualität jedes Patienten. Denn es kann nicht die Standardbehandlung geben, sondern nur die besondere Unterstützung eines jeden Menschen auf seinem eigenen Weg hin zu mehr Gesundheit, Vitalität, Energie und Lebensfreude. Der Arzt ist der Coach und Begleiter, den Weg muss jeder selber gehen. Dafür will ich gerne meine ganze Empathie und mein Wissen einsetzen.**

**Bitte Zutreffendes ankreuzen bzw. eintragen:**

**Welches sind die Hauptbeschwerden, die Sie aktuell oder chronisch belasten und von denen Sie sich wünschen, dass sie sich bessern?**

**Wann haben die Beschwerden angefangen oder sich dauerhaft verschlechtert?**

**Sehen Sie einen Zusammenhang zu einem bestimmten Ereignis und falls ja-zu welchem?( oder fallen Ihnen sonstige Gründe ein?)**

**Leiden Sie unter einem bekannten Immundefekt, genetischen Erkrankungen, Autoimmunerkrankungen oder chronischen Erkrankungen - wie lauten Ihre aktuellen Diagnosen?**

**Gibt es in Ihrer Familie chronische Erkrankungen oder bekannte Immundefekte, genetische Erkrankungen, Autoimmunerkrankungen? Wenn ja, welche?**

**Haben Sie oft Infekte?
O ja O nein**

**Wie oft im Jahr leiden Sie unter Atemwegsinfekten mit oder ohne Nasennebenhöhlenbeschwerden?
O unter 3x O 3-5x O 5-10 x O mehr als 10 x**

**Falls ja - seit wann?**

**Sind Sie
O kälteempfindlich O wärmeempfindlich O zugempfindlich?**

**Haben Sie Diabetes?
O ja O nein**

**Haben Sie Hypertonus?
O ja O nein**

**Haben Sie Heuschnupfen?
O ja O nein**

**Ist eine Borreliose bekannt?
O ja O nein**

**Haben Sie Hausstaubmilbenallergie?
O ja O nein**

**Wie viele Antibiotikatherapien hatten Sie etwa in den letzten 3 Jahren?
O < 3 O 3-5x O 5-10x O > 10 oder Dauertherapie über mehrere Wochen**

**Haben Sie oft wochenlang Husten nach Infekten?
O ja O nein**

**Haben sie chronische Halsschmerzen?
O ja O nein**

**Haben oder hatten Sie oft Mandelentzündungen?
O ja O nein**

**Sind die Gaumenmandeln entfernt worden?
O ja O nein**

**Hatten Sie langwierige Zahnbehandlungen?
O ja O nein**

**Wurden Zähne entfernt - wenn ja, welche?**

**Gab es bei der Entfernung Probleme?
O ja O nein**

**Haben Sie chronisch entzündliche Zahnherde/ Wurzelentzündungen/ Kieferherde:
O ja O nein**

**Haben Sie wurzelbehandelte Zähne? Falls ja – wissen Sie welche?**

**Haben oder hatten Sie Amalgamfüllungen?
O ja O nein**

**Wurden die Amalgamfüllungen entfernt?
O ja O nein**

**Falls ja - unter Schutzvorrichtungen wie Kofferdamm, Absaugung, Selenspülungen?
O ja O nein**

**Haben Sie sonstiges Metall im Körper - wenn ja, wo?**

**Leiden Sie unter Parodontitis?
O ja O nein**

**Haben oder hatten Sie öfter Mittelohrentzündungen, Lungenentzündungen, Bronchitis?
O ja O nein**

**Haben Sie Hautprobleme wie eitrige Hautentzündungen, Furunkel, Psoriasis, Ekzeme, Pilzbefall - auch auf den Schleimhäuten? Falls ja - bitte angeben:**

**Haben Sie Schilddrüsenstörungen - falls ja - welche?**

**Rauchen Sie oder haben Sie geraucht?
O ja O nein**

**Trinken Sie täglich Alkohol?
O ja O nein**

**Falls ja: mehr als 1 Glas Wein oder Bier pro Tag?
O ja O nein**

**Haben Sie wochenlang Husten ohne Infekt?
O ja O nein**

**Schnarchen Sie oder haben Sie eine bekannte Schlafapnoe?
O ja O nein**

**Haben Sie Magenbeschwerden?
O ja O nein O was genau?**

**Haben Sie oft Sodbrennen/ Reflux?
O ja O nein**

**Haben Sie Darmprobleme?
O ja O nein**

**Falls Ja:
O Durchfälle - wie oft am Tag:………. O Blähungen O Verstopfung O im Wechsel
O Bauchkrämpfe**

**Nehmen diese Beschwerden nach Genuss bestimmter Nahrungsmittel zu?
O ja O nein**

**Fall ja - welche?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Haben Sie eine bekannte Nahrungsmittelallergie/Intoleranz?
O ja O nein**

**Welche:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Haben Sie eine bekannte
O Laktose- O Fruktose- O Sorbit- O Histaminintoleranz?**

**Leiden Sie unter chronischer Verschleimung?
O ja O nein**

**Haben Sie oft Blasenentzündungen/Unterleibsbeschwerden?
O ja O nein**

**Haben Sie eine Lebererkrankung?
O ja O nein welche**

**Haben Sie eine Eisenspeicher/Kupferspeicherkrankheit?
O ja O nein**

**Haben Sie eine Herz/Lungenerkrankung?
O ja O nein welche**

**Haben Sie Migräne oder chronische Kopfschmerzen?
O ja O nein**

**Falls ja - wo sind die Kopfschmerzen lokalisiert?**

**Haben Sie eine Medikamentenallergie?
O ja O nein welche**

**Nehmen Sie ständig Medikamente ein? Falls ja, folgende (auch Nahrungserg.mittel)**

**(bitte alle Medik. in stofflicher Form zur Sprechstunde mitbringen)**

**Knirschen Sie oft mit den Zähnen?
O ja O nein O ich trage eine Aufbisschiene (bitte zur Sprechstunde mitbringen!)**

**Ich hatte folgende Operationen:**

**Haben Sie Narben am Körper - falls ja, wo genau:**

**1.**

**2.**

**3.**

**Haben Sie Gelenkbeschwerden - falls ja, wo genau:**

**1.**

**2.**

**Haben Sie Tattoos oder Piercings?
O ja O nein**

**Leiden Sie unter ständigen Sehnen-, Weichteil- oder Muskelschmerzen ?
O ja O nein wo?**

**Leiden sie unter chronischen Gelenkbeschwerden?
O ja O nein wo?**

**Leiden sie unter chronischen/wiederkehrenden Rücken-/HWS-/ISG-Beschwerden?
O ja O nein wo?**

**Fühlen Sie sich durch die chronischen/wiederkehrenden Gesundheitsbeeinträchtigungen in Ihren Aktivitäten im Alltag eingeschränkt?
O ja O nein wie stark von 1 (gar nicht) bis 10 (maximal):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Fühlen Sie sich oft müde, lustlos, matt?
O ja O nein wie stark (1-10):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Fühlen Sie sich trotz der Gesundheitsprobleme leistungsfähig im Beruf?
O ja O nein**

**Gehen Sie überwiegend gerne Ihrer Tätigkeit nach?
O ja O nein**

**Haben Sie Schlafstörungen?
O ja O nein falls ja: O Einschlafstörungen O Durchschlafstörungen Um wie viel Uhr wachen Sie auf?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Wieviel Stunden schlafen Sie durchschnittlich pro Nacht?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Wann gehen Sie zu Bett?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**O ich habe hormonelle Beschwerden**

**Machen Sie Kneippanwendungen/Sauna/Wechselduschen?
O ja O nein?**

**Sind Sie jede Woche mehr als 5 Std. draußen?
O ja O nein**

**Treiben Sie regelmäßig Sport?
O ja O nein welchen\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Wieviele Stunden pro Woche? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Haben oder hatten Sie Über- oder Untergewicht (mehr als 10 kg)?
O ja O nein**

**Wie viel trinken Sie am Tag? (Wasser/Kräutertee)
O weniger als 1l O 1-1,5l O 1,5-2l O mehr als 2l O kein Wasser, sondern: \_\_\_\_\_\_\_\_**

**Ich lebe
O vegan O vegetarisch**

**Wie oft essen Sie Fleisch/ Geflügel in der Woche? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Wie oft essen Sie Wurst in der Woche? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Wie oft essen Sie Fisch in der Woche? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Wie viel Milch/Joghurt/Quark essen Sie pro Tag?
O unter 100ml O 100-250ml O 250-500 ml O über 500 ml**

**Wie oft essen Sie Gemüse Obst pro Tag?
O fast gar nicht O 2x O 2-4x
welche Menge etwa: Obst in g:\_\_\_\_\_\_ Gemüse in g:\_\_\_\_\_**

**Wieviel Süßigkeiten/Kuchen essen Sie pro Tag?
O 0-50g O 50-100g O 100-200g O über 200g**

**Empfinden Sie Heißhunger auf Süßes?
O ja O nein**

**Was ist Ihre Lieblingsspeise?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Haben sie schon mal gefastet?
O ja O nein stark an Gewicht abgenommen O ja O nein**

**Essen Sie in Ruhe und kauen ganz gründlich?
O ja O meistens O oft O selten O eher nicht O nein
O ich esse oft im Laufen, unterwegs, beim Autofahren , Schnellimbiss, lese dabei, esse oft Fertiggerichte
O Essen ist mir nicht wichtig und keiner besonderen Mühe wert, muss schnell gehen
O Essen hat einen hohen Stellenwert für mich und bedeutet für meine Gesundheit viel
O ich bin bereit, mehr Geld für gute Bio-Nahrungsmittel auszugeben**

**Haben Sie chronischen Stress?
O ja O nein O beruflich O privat O mein größter Stressor bin ich selber
O sonstiges:**

**Ich muss funktionieren und ich habe hohe Ansprüche an mich.
O ja O nein**

**Ich liebe berufliche Herausforderungen.
O ja O nein**

**In meinem Beruf fühle ich mich
O gut aufgehoben O überfordert O unterfordert
O nicht respektiert O gemobbt O schlecht behandelt
O unterstützt und gefördert O sehr unsicher O nur dazu da, um Geld zu verdienen
O absolut zufrieden und bin begeistert
O ich schätze mich selber und werde wertgeschätzt
O wenn ich könnte, würde ich etwas anderes machen**

**Fühlen Sie sich oft deprimiert?
O ja O nein O ja, auch ohne Grund**

**Fühlen Sie sich meist zufrieden und glücklich?
O ja O nein O nicht so oft O es könnte mir besser gehen
O ich bin meist unzufrieden O ich bin mit mir unzufrieden
O ich bin mit meinem Umfeld/Mitmenschen unzufrieden
O ich würde gerne etwas ändern
O ich bin einverstanden mit dem, wie es ist
O ich würde gerne etwas ändern, traue mich aber nicht
O ich kann nichts ändern, ich bin machtlos
O andere sind schuld, dass es mir nicht so gut geht
O ich kann mich mit allem arrangieren
O wenn eine bestimmte Situation gelöst wäre, wäre mein Leben in Ordnung
O nur meine Gesundheitsbeschwerden verhindern, dass ich glücklich und zufrieden sein kann
O ich fühle mich manchmal minderwertig**

**Mein privates Umfeld unterstützt mich und stärkt mich
O ja O nein O nicht genug
O ich bräuchte mehr Hilfe und Verständnis
O ich fühle mich geborgen, geliebt und verstanden
O es ich alles wunderbar, aber trotzdem ist es sehr viel für mich und belastet mich manchmal
O meine Stressoren sind mir bekannt**

**O ich werde wertgeschätzt
O ich fühle mich eher einsam
O ich habe einen schweren Verlust erlitten
O ich habe schwere private Sorgen
O ich lebe in einem Dauerkonflikt
O ich habe eine lange Trauerphase (gehabt)
O ich halte mich für suchtgefährdet**

**Ich neige zum Grübeln
O ja O nein O ich bin lösungsorientiert**

**Haben sie das Gefühl, dass Sie gesund leben?
O ja O es könnte besser sein O nicht wirklich
O ich könnte wohl mehr für mich tun O ich habe keine Zeit dazu
O ich weiß nicht, was ich tun muss.**

**Herzlichen Dank für die vertrauensvolle Beantwortung dieser Fragen!**

**Dr. Ulrike Walter**