

WIR MÖCHTEN SIE KENNENLERNEN- FRAGEBOGEN ZU IHRER GESUNDHEIT

Dieser Fragebogen hilft uns, Ihren Gesundheitszustand und Ihre Lebenssituation besser zu verstehen. Bitte füllen Sie ihn möglichst vollständig aus. Sofern Sie innerhalb der letzten 12 Monate bereits einmal bei uns waren, können Sie in den Bereichen „Aktuelle Beschwerden“ und „Allgemeine Anamnese“ gerne auf den zuletzt von Ihnen ausgefüllten Anamnesebogen verweisen, sofern sich seitdem keine Änderungen ergeben haben.

Alle Angaben werden vertraulich behandelt.

- Vor- und Nachname: _____
- Geburtsdatum: _____
- Geschlecht: m w d
- Größe: _____
- Gewicht: _____

AKTUELLE BESCHWERDEN

Welche Beschwerden liegen aktuell vor und seit wann?

- | | | |
|---|-------------------|-------------|
| <input type="checkbox"/> Gelenksbeschwerden | Wo: _____ | Seit: _____ |
| <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen | Wie häufig: _____ | Seit: _____ |
| <input type="checkbox"/> Magenbeschwerden | Welche: _____ | Seit: _____ |
| <input type="checkbox"/> Darmbeschwerden | Welche: _____ | Seit: _____ |
| <input type="checkbox"/> Schlafstörung | _____ | Seit: _____ |
| <input type="checkbox"/> Innere Unruhe | _____ | Seit: _____ |
| <input type="checkbox"/> Herzrasen | _____ | Seit: _____ |
| <input type="checkbox"/> Stress | _____ | Seit: _____ |
| <input type="checkbox"/> Erschöpfung | _____ | Seit: _____ |
| <input type="checkbox"/> Infektanfälligkeit | _____ | Seit: _____ |

Bitte geben Sie an, ob Sie in den folgenden Bereichen Veränderungen oder Beschwerden bemerkt haben:

- | | | |
|--|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Appetit | <input type="checkbox"/> Schlaf | <input type="checkbox"/> Stuhlgang |
| <input type="checkbox"/> Wasser lassen | <input type="checkbox"/> Nachtschweiß | <input type="checkbox"/> ungewollter Gewichtsverlust |

Welche Beschwerden belasten Sie aktuell am meisten?

**Werden aktuell Beschwerden durch Ärzte, Heilpraktiker oder andere Therapeuten behandelt?
Wenn ja, welche Therapien sind erfolgt?**

Gab es schon Erfolge?

ALLGEMEINE ANAMNESE

Vorerkrankungen

Vor-Operationen

<hr/>	Wann? <hr/>
<hr/>	Wann? <hr/>
<hr/>	Wann? <hr/>
<hr/>	Wann? <hr/>
<hr/>	Wann? <hr/>

Allergien

- Unverträglichkeiten _____
- Medikamente _____
- _____
- _____
- Nahrungsergänzungsmittel / naturheilkundliche Therapien _____
- _____

Wann fanden folgende Vorsorgeuntersuchungen zuletzt statt?

- Darmspiegelung _____
- Zahnarzt (prof. Zahnreinigung) _____
- Gynäkologie / Mammographie (falls weiblich) _____
- Urologie (falls männlich) _____

Gibt es in Ihrer Familie bekannte Fälle folgender Erkrankungen?

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Thrombose | <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz |
| <input type="checkbox"/> Schlaganfall | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Rheuma |
| <input type="checkbox"/> Krebserkrankungen | <input type="checkbox"/> psychische Erkrankungen | |

Falls Sie weiblich sind:

- Zyklus vorhanden? _____
 - Zykluslänge _____
 - Regelmäßigkeit? _____
 - Zyklusveränderungen in den letzten Jahren? _____
 - Wechseljahrsbeschwerden _____
- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Hitzewallungen | <input type="checkbox"/> trockene Haut |
| <input type="checkbox"/> Schleimhäute | <input type="checkbox"/> Inkontinenz |
| <input type="checkbox"/> veränderte Stimmung | |

SOZIALE ANAMNESE

Welchen Beruf üben oder übten Sie aus?

Sind Sie aktuell?

arbeitsfähig krank geschrieben _____

Sind Sie berentet?

EU Rente Altersteilzeit _____

Gibt es finanzielle Belastungen oder Sorgen, die Sie derzeit beschäftigen?

nein ja

Familienstand / Partnerschaft

Kinder

Haustiere

Ihr Freundeskreis

Ihre Wohnsituation

Gab es in Ihrem Leben Ereignisse oder Erfahrungen, die für Sie besonders belastend oder schwer zu verarbeiten waren? Wenn ja, möchten Sie kurz angeben, worum es sich handelte?

Gewohnheiten:

Ernährung, besondere Diäten? _____

ungefähre tägliche Trinkmenge _____

Nikotin _____

Alkohol / Drogen _____

regelmäßige körperliche Aktivität / Sport _____

Haben Sie bereits Fastenerfahrung?

nein ja

Wenn ja: Wann / wie oft _____

Abgeführt mit _____

Gab es Probleme beim Fasten oder Abführen? _____

Selbsteinschätzung

Wie schätzen Sie Ihre aktuelle berufliche Situation ein?

[10 = unerträglich, 0 = sehr befriedigend] _____

Wie schätzen Sie generell derzeit Ihre persönliche Lebenssituation ein?

[10 = traumhaft, 0 = kaum zu ertragen] _____

Zielabfrage

Was ist der Grund für Ihren Aufenthalt?

Welches Ziel verfolgen Sie mit dem Aufenthalt?

Was erwarten Sie von Ihrem Aufenthalt?

Mir ist bewusst, dass unvollständige oder unrichtige Angaben die ärztliche Behandlung beeinträchtigen können. Ich versichere, alle Fragen vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet zu haben.

Ort, Datum

Unterschrift

Der Schutz Ihrer Daten ist uns sehr wichtig! Wir verweisen auf unsere Datenschutzerklärung: www.hufeland.com/datenschutz

**Bitte senden Sie Ihre Unterlagen per E-Mail an: info@hufeland.com oder
per Post an: Hufeland Klinik, Löffelstelzer Str. 1-3, 97980 Bad Mergentheim**