

# Patienten - Fragebogen + Ernährungsverhalten



Petra Michel  
Oeltingsallee 17 Pinneberg  
04101 - 369 68 24

Name _____	Geburtstag _____
Vorname _____	Tel. privat _____
Straße _____	Tel. Beruf _____
PLZ – Ort _____	FAX _____
E-Mail _____	Beruf _____

Familienstand: ledig – verheiratet – verwitwet – geschieden/getrennt lebend

Anzahl Kinder in Ihrem Haushalt \_\_\_\_ Alter (Junge/Mädchen) 1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_ 3. \_\_\_\_\_ 4. \_\_\_\_\_

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? \_\_\_\_\_

## Eine Bitte

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen **sorgfältig** aus. Er dient mir zur Findung möglicher Ursachen ihrer Erkrankung. Das Ausfüllen dieses Fragebogens ist selbstverständlich **freiwillig**. Sollten Sie Fragen nicht beantworten können oder wollen, so lassen Sie sie aus. Alle Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt. Bei den Beispielen genügt es zu **unterstreichen**, sofern diese zutreffen; ansonsten mit eigenen Worten ergänzen. Dafür ggf. ein Extra-Blatt beifügen. Bitte nehmen Sie sich **genügend Zeit**.

## Was ist Ihr Wunsch an mich, was ist Ihr Ziel ?

.....

.....

## Was war unmittelbar vor dem ersten Auftreten Ihrer jetzigen Beschwerden ?

z.B. eine Erkrankung, Kummer, Trauer, Schreck, Operation, Medikamente, Trennung, Arbeitslosigkeit, usw.

.....

## Allgemeines

Mein aktuelles <b>Körpergewicht</b> ..... <b>Wunschgewicht</b> .....	<b>Körpergröße</b> .....
<b>Taille</b> cm..... <b>Hüfte</b> cm.....	<b>Blutdruck</b> .....
<b>Veränderung/Zeitraum</b> .....	<b>Blutgruppe</b> .....
Gab es dafür einen Anlass? Welchen? .....	

Trinken Sie <b>Alkohol</b> ? O ja O nein	<b>Rauchen</b> Sie? O ja O nein
<b>Wie oft /Woche?</b> ..... <b>Menge</b> .....	<b>Wie oft?</b> ..... <b>Menge</b> .....
<b>Was?</b> .....	<b>Seit wann?</b> .....
Nach welcher <b>Ernährungsart</b> leben Sie?	<b>Wieviel Liter Sie pro Tag ?</b> .....
Es wird selbst zu bereitet - Hausmannskost - vegetarisch - vegan - Vollwertig - Kantine - Fertiggerichte/Fast Food	<b>Was genau trinken Sie (Liter/Tassen)?</b>
.....	Wasser: still/kohlensäurehaltig.....
	Kaffee /Tee.....Limo/Cola/Säfte..... ???.....

<p><b>Wie schätzen Sie selbst Ihre Ernährung bezüglich der Lebensmittelauswahl ein?</b> Ausgewogen      eher einseitig      unterschiedlich</p>	<p><b>Leiden Sie unter Stress?</b> Bitte beschreiben Sie kurz</p>
<p><b>Waren Sie in den letzten 24 Monaten im außereuropäischen Ausland ? Wo ?</b></p> <hr/> <p><b>Schlafqualität</b> Schlaflosigkeit – häufiges Erwachen ( Uhrzeit..... Schwierigkeiten beim Einschlafen/Durchschlafen Schweißausbrüche / Frieren Unruhe, kalte/heiße Füße, Schnarchen, Zähneknirschen, Atemaussetzer, Sonstiges übliche Zubettgehzeit..... übliche Aufstehzeit..... sind sie morgens ausgeruht</p>	<p><b>Sport ?</b> Welchen - wie oft – wie intensiv - seit wann ?</p> <p>.....</p>

<p><b>Welche Infektionserkrankungen traten auf ?</b> Masern, Mumps, Röteln, Windpocken, Tetanus, Scharlach, Polio, Malaria, Tuberkulose, Pfeiffersches Drüsenfieber</p>	<p><b>Gibt es Allergien/Nahrungsmittelunverträglichkeiten ?</b> Wie zeigt es sich ? ..... Pollen/wann ..... ..... Nahrungsmittel ..... .....</p>
---	--

<p><b>Spezial:</b> Gibt es familiäre Erkrankungen (s. rechts), von denen vor allem weiblichen Verwandte betroffen waren/sind ? Haben Sie überwiegend/ ausschließlich <b>Schwestern</b> ?</p>	<p>z.B: hormonelle Probleme ( Menstruationsprobleme, ungewollte Kinderlosigkeit, schwierige Schwangerschaften, Wechseljahresprobleme), psychische Belastungen, Magen-Darm-Störungen, Lernstörungen, Nahrungsmittelunverträglichkeiten, schwieriger Umgang mit Stress, Infektanfälligkeit, Welche?..... .....</p>
--	--

**Schilddrüse**

<p>Überfunktion / Unterfunktion – Vergrößerung - Operation</p>	
--	--

**Brust und Bauch**

<p><b>Leber</b> Entzündung - Hepatitis – Fettleber anderes.....</p>	<p><b>Galle</b> Steine - Koliken - Operation - Druck im Oberbauch - Fettunverträglichkeit.....</p>
<p><b>Magen</b> Völlegefühl/ Druck - Übelkeit - Gastritis - Sodbrennen - Appetitlosigkeit – Abneigung gegen Speisen Nahrungsmittelunverträglichkeiten.....</p>	<p><b>Darm</b> Infektionen - Hämorrhoiden - Blinddarm-OP - Blähungen - Divertikel - Entzündungen - chron. Erkrankungen.....</p>
<p><b>Stuhlgang</b> täglich - jeden 2. - 3. - 4. Tag -</p>	<p><b>sonstiges</b></p>

unregelmäßig - Neigung zu Verstopfung / Durchfall Beschaffenheit: Stuhl ist hell / dunkel, übel riechend, hart / knollig / weich - kann Stuhl nicht halten - Gefühl, nicht fertig zu werden - Stuhlgang wechselhaft usw.	.....
---	-------

## Unterleib – Gynäkologie

<b>Gynäkologie</b> Ausfluss - Ausschabungen - Myome - Zysten - Tumore - Fehl-/Totgeburten - ungewollte Kinderlosigkeit - Kinderwunschbehandlung ..... .....	<b>Menses</b> Wann war die erste Blutung.....Lj wann die letzte.....Lj Beschwerden: an den Tagen vor/nach/während der Regel? Welche ..... Ihre Regel dauert ..... Tage
<b>Wechseljahre:</b> Beschwerden..... Allerletzte Regel.....	<b>Nehmen Sie Verhütungsmittel?</b> Welche .....
<b>Prostata</b> vergrößert - Entzündungen aktuell / früher, wann..... PSA-Wert..... Beschwerden beim Wasserlassen	<b>Niere/Blase</b> Nierensteine – Entzündungen..... wie oft.....
<b>Harn</b> viel/wenig/häufig - kann nicht halten - Geruch nach - müssen Sie nachts raus .....wie oft.....	<b>sonstiges</b> .....
<b>Arbeitswelt</b> Üben Sie einen Beruf aus? ..... Arbeiten Sie gern in diesem Beruf? ..... Gibt es Belastungen allgemein..... unter/mit Kollegen ..... Chef.....	<b>Familär</b> Belastungen Kinder..... Eltern..... Verwandte..... Nachbarn..... andere..... Scheidung/Trennung Einsamkeit..... Hobbys.....

<b>Schmerzen</b> Wo haben Sie Schmerzen? Seit wann haben Sie Schmerzen? Wann treten die Schmerzen auf? Was tun Sie dagegen?	<b>Krankheiten in der Familie ( Mutter/Vater)</b> Krebs..... Schlaganfall..... Diabetes.....Gicht..... Herzerkrankungen..... Rheuma.....Migräne.....MS Allergien/Neurodermitis/ Asthma ..... psych. Erkrankungen..... Depressionen .....
---	--

## Ernährung

<b>Gesundheit</b> (zutreffendes bitte ankreuzen) <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus <input type="checkbox"/> Blähungen <input type="checkbox"/> Einnahme von Macumar/Falithrom <input type="checkbox"/> Verstopfung <input type="checkbox"/> Schwaches Immunsystem <input type="checkbox"/> Einnahme von Schilddrüsenhormonen <input type="checkbox"/> akuter Heuschnupfen oder Asthma <input type="checkbox"/> hoher Blutdruck	<b>Ernährung</b> (zutreffendes bitte ankreuzen) <input type="checkbox"/> Laktoseunverträglichkeit <input type="checkbox"/> Fruktoseunverträglichkeit <input type="checkbox"/> Glutenunverträglichkeit <input type="checkbox"/> Histaminunverträglichkeit <input type="checkbox"/> Isst kein Fleisch <input type="checkbox"/> Isst kein Geflügel <input type="checkbox"/> Isst keinen Fisch <input type="checkbox"/> Isst keine Eier
---	---

<input type="checkbox"/> akute Fibromyalgie	<input type="checkbox"/> Isst keine Kuhmilchprodukte
<input type="checkbox"/> Einnahme von Cholesterinsenkern	<input type="checkbox"/> Isst keine Kuhmilchprodukte
<input type="checkbox"/> keine Gewichtsabnahme erwünscht	<input type="checkbox"/> Mengenplus
<input type="checkbox"/> schwaches Immunsystem	<input type="checkbox"/> Mengenminus

<input type="checkbox"/> Ich liebe Herausforderungen Sport/Beruf	<input type="checkbox"/> Ich esse gern Fleisch
<input type="checkbox"/> Ich diskutiere gern	<input type="checkbox"/> Ich fühle mich nach einer intensiven Sporteinheit ausgeglichen
<input type="checkbox"/> Ich stehe gern im Mittelpunkt	

## Laborbefunde

Sofern vorhanden, bringen Sie bitte Labor-/Untersuchungsbefunde mit

## Hinweis

Die Angaben im Patientenfragebogen sind freiwillig und unterliegen selbstverständlich, wie auch alle anderen Angaben, der **Verschwiegenheit**. Mir ist bekannt, dass meine Angaben von Frau Michel gespeichert werden. Ich nehme darüber hinaus zur Kenntnis, dass ich die Möglichkeit habe, jederzeit den Widerruf gegen die Verarbeitung meiner Daten zu erklären. Im Falle des Widerrufs werden meine Daten von Petra Michel gelöscht. Es kann passieren, dass Daten die gesetzlich vorgeschrieben sind dieser Löschung nicht unterliegen. Ich bestätige, dass ich mündlich auf die Datenschutz-Grundverordnung hingewiesen wurde und jederzeit die Möglichkeit habe die ausführliche Datenschutzerklärung von Frau Petra Michel auf deren Homepage unter: [www.invita-point.de](http://www.invita-point.de) nachlesen kann.

Ich bin ausdrücklich darüber informiert worden, dass die gesamten **Kosten** von einer **gesetzlichen Krankenkasse** in der Regel nicht übernommen werden und dass die Kosten von einer evtl. bestehenden **privaten Krankenkasse** und/oder der **Beihilfestelle** möglicherweise nur teilweise oder gar nicht übernommen werden.

Mir ist bekannt, dass ich die Therapie direkt gegenüber Frau Petra Michel zu begleichen habe, unabhängig von geleisteten oder nicht geleisteten **Erstattungen** durch Beihilfestellen oder private Krankenversicherungen.

Die **Rechnungsstellung** erfolgt entsprechend dem abzuschließenden Behandlungsvertrag, den wir im ersten Termin abschließen. Für eine **Erstberatung**, die keine weitere Behandlung nach sich zieht, wird ein Honorar in Höhe von **80,00 €** fällig.

**Nicht/ nicht rechtzeitig** (24 Stunden vorher – gerne auch per Mail/SMS) **abgesagte Termine** können mit dem geplanten/ angemessenen Zeitumfang in Rechnung gestellt werden.

**Bitte kontaktieren Sie mich zwecks Terminvereinbarung oder Informationen unter Telefon:  
oder mail:**

Datum

Unterschrift

---



---