



## Fragebogen

P.-Nr.

**Vorname:**

**Nachname:**

**Geburtsdatum:**

**Private KV:**

weibl./ männl.

**Beruf:**

**Gewicht (kg):**

**Größe (cm):**

**Anschrift:**

**Postleitzahl:**

**Ort:**

**E-Mail:**

**Mobil:**

**Telefon:**

**Allgemeinzustand:**

**Energieskala** 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

müde schlapp erschöpft unkonzentriert vergesslich abwesend (Dreh/Lagerungs)schwindel

**Schlafen:**

von Uhr bis Uhr viele Träume

**Mittagsschlaf:** von Uhr bis Uhr

**Wann** wachen Sie auf? Uhr und **Warum ?**

**Atmen:**

**Rauchen:** Stück/Tag

kurzatmig verstopfte Nase laufende Nase Husten Auswurf Riechstörung Brustschmerzen

**Trinken:**

**Alkohol:** ml/Tag

(ml)/Tag (ml)/Nacht **Durst:** wenig mittel viel immer **Gerne:** Kaltes Warmes

**Essen:**

morgens mittags abends nachts zwischendurch regelmäßig unregelmäßig

**Appetit:** kein klein mittel groß Völlegefühl **Gerne:** Süßes Saures Scharfes Bitteres Salziges

**Geschmack im Mund:** bitter süßl. säuerl. klebrig salzig trocken brennen

**Aufstoßen:** Luft Saures Fauliges Bitteres Sodbrennen

Ober-/Mittel-/Unter-**Bauchschmerzen/Blähungen:** vor/nach dem Essen

**Urin:**

Mal/ Tag Mal/ Nacht klar trüb leichtgelb dunkelgelb starker Geruch

Drang Schmerzen warm Brennen schmaler Strahl Tröpfeln unentleertes Gefühl Inkontinenz

**Stuhlgang:**

Mal/ Tag Mal/ Nacht regelmäßig unregelmäßig

wurstförmig kugelig breiig wässrig stark stinkend viel Luft Drang unentleertes Gefühl



## Herz und Gefäße:

Engegefühl Herzstolpern Herzrasen Herzstechen Beinödem schlechte Adern / Venen

**Temperatur:** Setzen Sie bitte "K" für kalt und "W" für warm ein.

**kalt oder warm:** Kopf Hände Arme Beine Füße Rücken Bauch Unterleib

**Hitzewallung:** Mal/Tag Mal/Nacht **seit :** **Therapie:** Hormon

## Schwitzen:

spontan bei leichter Anstrengung bei Aufregung **Uhrzeit:** tagsüber nachts

## Sexualität:

Mal/ Tag Woche Monat **Libido :** viel wenig keine

morgendliche Steife der Brustwarzen Selbstbefriedigung Mal/Woche Sex im Traum

**Mann:** morgendliche Erektion Erektionsschwäche vorzeitige Ejakulation Impotenz

## Frau:

**Periodebeginn:** im Lebensjahr **Rhythmus:** alle Tage Dauer Tage unregelmäßig

**Vor/während/nach Regelblutung:** Brustspannung Kopfwegh Akne Unruhe Rückenweh

**Unterleibschmerzen:** Tage vor/ während/ nach der Periode **Stärke:** 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

**Menge:** wenig viel klumpig **Farbe:** dunkelrot hellrot schwarz

**Anzahl:** Schwangerschaft: Geburt: Kaiserschnitt: Fehlgeburt: Abort:

**Verhütung:** Pille/Spirale seit: abgesetzt seit:

**Amenorrhoe/Menopause seit :** **Ursache:** totale Op.

**Haben Sie Kinderwunsch? seit:**

**Ausfluss bei Eisprung:** viel glasig nass dehnbar

**Basaltemperaturmessung:** **Ovulationstest (LH-Test):**

**Samenmenge:** viel mittel wenig sehr wenig **Samenqualität:** schlecht mittel gut

**Untersuchung:** **Therapie:**



---

## Welche Beschwerden haben Sie bei Allergie?

Atemnot Durchfälle Hautausschläge Müdigkeit Niesen Nase laufen Tränen

**Auf was sind Sie allergisch?** Pollen Tierhaar Milben Nickel Penicillin

---

---

## Welche Erkrankungen/Unfälle/Operationen hatten Sie und wann?

---

---

---

## Wie sind Ihre Gefühle?

Unruhe lustlos unsicher nervös Ärger Wut Sorgen Grübeln traurig Ängste schreckhaft

---

---

## Ich bin damit zufrieden:

mit mir selbst Beruf Wohnlebenssituation Familie Partner Freunde Kollegen

---

## Welche Krisen hatten Sie und wann?

**Haben Sie zur Zeit eine Krise?**

---

---

## Wo haben Sie Schmerzen?

Kopf Gesicht Zahn Oberarm Unterarm Ellenbogen Handgelenk Hand Finger

Hals Nacken Schulter Schulterblatt Rücken (oben Mitte unten) Kreuz Steißbein Wirbel

Oberschenkel Unterschenkel Wade Hüfte Leiste Knie Knöchel Sohlen Fersen Zehen

Brustkorb Flanken Bauch (oben Mitte unten) Haut Muskeln Bindegewebe Sehnen Knochen

---

---

## Labor (nicht älter als 15 Tagen) und Befunde:

---

---

## Welche Medikamente nehmen Sie ein?

Vitamine Mineralstoffe Abführmittel Blutdrucksenker Blutverdünner Antibiotika

Beruhigungsmittel Antidepressiva Schmerzmittel Schilddrüsenhormone Kortison

---

**Datum:**

**Unterschrift:**

**Dynamische Ausgeglichenheit aktiviert Ihre Selbstheilung!**

**Leben im Einklang mit der Natur bringt Ihnen Wohlbefinden.**

**Auf dem Weg zu diesen Zielen hilft Ihnen die Klassische Chinesische Medizin.**

---



**1. Beschwerde: Stärke 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Seit wann?**

**Wo?**

**Diagnose:**

**Auslöser:**

**Dauer:**

**Am schlimmsten (Uhrzeit/Jahreszeit):**

**Verschlechterung durch:** Ruhe Bewegung Kälte Wind/Zug Nässe Wärme

**Wie läuft Ihre Beschwerde ab ?**

**2. Beschwerde: Stärke: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Seit wann?**

**Wo?**

**Diagnose:**

**3. Beschwerde: Stärke: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Seit wann?**

**Wo?**

**Diagnose:**