



Oberle & Niehues

Ihre Hausarztpraxis

Eugen-Richter-Str. 1 • 40470 Düsseldorf • T 0211 62 00 11 • F 0211 63 68 57 • post@ihre-hausarztpraxis.com • www.ihre-hausarztpraxis.com

Ganzheitlicher Gesundheitsfragebogen

Name _____
Vorname _____
Geburtsdatum _____
Straße _____
PLZ, Wohnort _____
Tel. fest _____
Tel. mobil _____
Tel. Arbeit _____
E-Mail _____

Versicherer _____
Krankenversicherung _____ gesetzlich
Zusatzversicherung ja nein
Beruf _____
Notfall -Ansprechpartner _____

Möchten Sie über fällige Impfungen / Vorsorgetermine informiert werden?

ja nein

Größe cm

Gewicht kg

Welches Anliegen führt Sie zu uns?

Welche Erkrankungen gab oder gibt es bei Ihnen selbst und (seit) wann?

Bluthochdruck seit _____
 Herzinfarkt _____
 Koronare Herzkrankheit _____
 Schlaganfall _____
 Herzrhythmusstörung seit _____
 Thrombose _____
 Lungenembolie _____
 Diabetes mellitus seit _____
 Lungenembolie seit _____
 COPD/ Emphysem seit _____
 Reizdarm seit _____
 Krebserkrankung _____
Wenn ja, welche _____

Schilddrüsenerkrankung seit _____
 Nierenerkrankung seit _____
 Chron. Darmerkrankung seit _____
 Lebererkrankung seit _____
 Rheuma seit _____
 Thrombose seit _____
 Hörsturz/ Tinnitus seit _____
 Depression/ Nervenleiden seit _____
 Hauterkrankungen seit _____
 Andere Allergien seit _____

wenn ja, welche: _____

Der letzte Allergietest war im Jahr : _____

**Welche anderen Erkrankungen gibt oder gab es bei Ihnen noch und (seit) wann?**

Gab es bedeutsame Operationen, Zahnbehandlungen, Unfälle oder Verletzungen (Wann? Was?):

Gab es bei früheren Laboruntersuchungen einmal Auffälligkeiten? Noch nie

Auffällig sind gewesen: Leberwerte Nierenwerte Blutzuckerwerte Entzündungswerte
 Cholesterine Eisenmangel Blutarmut Entzündungswerte Stuhlbefunde

Leiden Sie oder litten Sie früher schon einmal an folgenden Beschwerden?

	(fast) nie	ab und zu	häufig	(fast) immer
Husten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Auswurf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schleimgefühl im Hals oder Rachen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verstopfte Nase/ Naselaufen/ Niessen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Luftnot bei Anstrengung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Luftnot in körperlicher Ruhe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nächtliches Wasserlassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Engegefühl/Beklemmung der Brust	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einschlafstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durchschlafstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schnarchen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nächtliches Zähneknirschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Morgendliche Unausgeschlafenheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Müdigkeit am Tage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rasche Erschöpfung bei Anstrengung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Konzentrationsstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gedächtnisstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heißhungerattacken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Appetitlosigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mundgeruch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rückenschmerzen: Halswirbelsäule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rückenschmerzen: Lendenwirbelsäule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hüftprobleme/ -schmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Knieprobleme/ -schmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige Gelenkbeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



	(fast) nie	ab und zu	häufig	(fast) immer
Muskel- oder Wadenkrämpfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muskelschwächen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antriebslosigkeit/ Lustlosigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Traurigkeit/ Depressivität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ängste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vermehrtes Schwitzen tagsüber	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vermehrtes Schwitzen nächtliche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haarausfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hautprobleme (Jucken, Rötung, Akne...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wassereinlagerungen (Hände? Füße?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Infektanfälligkeit:

Grippe/ Erkältung u. ä.: in den letzten 5 Jahren durchschnittlich mal pro Jahr

Blasenentzündungen: in den letzten 5 Jahren durchschnittlich mal pro Jahr

Antibiotikabehandlungen: (egal ob bei Erkältung, Blasenentzündung, Zahnproblemen, Operationen ...)

In Ihren ersten (!) 5 Lebensjahren insgesamt: mal In den letzten 10 Jahren insgesamt: mal

Verdauungsgewohnheiten und -beschwerden:

Wie oft haben Sie Stuhlgang? mal pro Tag, wenn nicht täglich: mal pro Woche

Konsistenz des Stuhls überwiegend: hart normal breiig Durchfall wechselnd

	(fast) nie	ab und zu	häufig	(fast) immer
Blähungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bauchschmerzen/-krämpfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Völlegefühle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Übelkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erbrechen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sodbrennen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Saures Aufstoßen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vermehrtes Aufstoßen (nicht sauer)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Rauchgewohnheiten:

Nie geraucht Nichtraucher seit Früher rauchte ich täglich Zigaretten

Raucher , mit täglich Zigaretten

**Veränderung Ihres Körpergewichts; „Ich habe in den letzten 10 Jahren unterm Strich“:**

Mein Gewicht kaum verändert kg abgenommen kg zugenommen

Treiben Sie regelmäßig Sport?

Nein Ja mal pro Woche für ca. Minuten. Sportart/-en:

Tragen Sie aktuell noch Amalgamfüllungen?

Nein Ja , ich habe: 1-2 3-5 6-8 9+ Amalgamfüllungen

Hatten Sie früher Amalgamfüllungen, die inzwischen entfernt wurden?

Nein Ja , ich habe: 1-2 3-5 6-8 9+ Amalgamfüllungen

Haben Sie Implantate? Nein Ja , ich habe: 1-2 3-5 6-8

Überkronte Zähne? Nein Ja , ich habe: 1-2 3-5 6-8

Wurzelgefüllte/ tote Zähne? Nein Ja , ich habe: 1-2 3-5 6-8

Wie oft essen/trinken Sie durchschnittlich folgende Nahrungsmittel?

	(fast) nie	ab und zu	einmal täglich	mehrfach täglich
Milch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quark	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Joghurt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Käse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>				
Eier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brot / Brötchen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Müsli	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nudeln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kuchen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Süßigkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>				
Fleisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gemüse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Obst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>				
Kaffee	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tee	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Erkrankungen in der Familie:

Mutter

Vater

Geschwister

Bluthochdruck

Diabetes

Herzinfarkt

Schlaganfall

Krebserkrankung (welche?)

Neurodermitis/ Allergie/ Asthma

Depression/ Nervenleiden

Andere wichtige Erkrankungen?

Mutter verstorben?

Nein

Ja

Wann? _____

Ater? _____

Woran? _____

Vater verstorben?

Nein

Ja

Wann? _____

Ater? _____

Woran? _____

Was für Ziele haben Sie, was soll sich durch die Behandlung verbessern?
