

Gesundheitsfragebogen

Der Fragebogen hilft uns, Ihre erste Konsultation vorzubereiten. Kreuzen Sie bei jeder Frage die Antwort an, die am besten zutrifft. Fragen, die Sie nicht beantworten können, lassen Sie einfach leer. Bitte bringen Sie den ausgefüllten Bogen zum Termin mit.

Name, Vorname Geburtsdatum

Geschlecht: ☐ Frau ☐ Mann E-Mail

Ernährung und Verdauung

	Nein	Selten	Häufig	Ja
Konsumieren Sie zeitweilig Fast Food?	☐	☐	☐	☐
Ernähren Sie sich vegan (vegetarisch, ohne Eier, ohne Milch)?	☐	☐	☐	☐
Trinken Sie mehr als drei Gläser Wein pro Woche?	☐	☐	☐	☐
Haben Sie Aufstossen, Luft im Bauch oder Magenschwere nach dem Essen?	☐	☐	☐	☐
Haben Sie einen schlechten Appetit?	☐	☐	☐	☐
Haben Sie Mundgeruch oder einen schlechten Geschmack im Mund?	☐	☐	☐	☐
Haben Sie Ihren Geschmackssinn teilweise oder gänzlich verloren?	☐	☐	☐	☐
Vertragen Sie gewisse Nahrungsmittel schlecht?	☐	☐	☐	☐
Haben Sie Schluckschwierigkeiten?	☐	☐	☐	☐
Leiden oder litten Sie unter Blutarmut?	☐	☐	☐	☐
Erkennen Sie beim Stuhlgang Unverdautes oder einen öligen Schleimfilm auf dem Wasser?	☐	☐	☐	☐
Können Sie nicht zunehmen?	☐	☐	☐	☐
Leiden Sie unter Sodbrennen?	☐	☐	☐	☐
Benutzen Sie Säurehemmer?	☐	☐	☐	☐
Benutzen Sie Verdauungsenzyme?	☐	☐	☐	☐
Sind Ihre Fingernägel weich, brüchig oder weisslich gefleckt?	☐	☐	☐	☐
Sind Sie anfällig für Muskelkrämpfe?	☐	☐	☐	☐
Sehen Sie schlecht in der Nacht?	☐	☐	☐	☐
Ist Ihre Haut trocken, leicht verletzlich oder heilt sie schlecht nach Verletzungen?	☐	☐	☐	☐

Anzahl Antworten „Ja“ und „Häufig“

Hormonhaushalt

	Nein	Selten	Häufig	Ja
Leiden Sie unter chronischem Stress?	☐	☐	☐	☐
Fühlen Sie sich schlecht, nachdem Sie eine Mahlzeit ausgelassen haben, oder nach Süßigkeiten?	☐	☐	☐	☐
Wird Ihnen beim raschen Aufstehen schwindlig?	☐	☐	☐	☐
Leiden Sie unter Schlafstörungen oder fühlen Sie sich morgens nicht ausgeruht?	☐	☐	☐	☐
Fühlen Sie sich müder oder depressiver im Winter?	☐	☐	☐	☐
Hatten Sie einen Verlust von Körperhaaren (Männer und Frauen) oder Kopfhaaren (Frauen)?	☐	☐	☐	☐
Sind Sie empfindlich auf leichte Wetterveränderungen?	☐	☐	☐	☐
Wird Ihre Haut braun, auch ohne Sonnenstrahlen?	☐	☐	☐	☐
Haben Sie Salzhunger?	☐	☐	☐	☐
Sind Sie emotional labil oder leiden Sie unter Gemütsschwankungen?	☐	☐	☐	☐
Haben oder hatten Sie hohen Blutdruck?	☐	☐	☐	☐
Haben oder hatten Sie erhöhte Cholesterin- oder Blutfettwerte?	☐	☐	☐	☐
Kommt oder kam Osteoporose in Ihrer Familie oder bei Ihren Vorfahren vor?	☐	☐	☐	☐
Ist Ihre Libido gesunken?	☐	☐	☐	☐
Leiden Sie unter Erschöpfung, Obstipation, Gewichtszunahme, Hauttrockenheit oder Frösteln?	☐	☐	☐	☐
Haben Sie Gewichtsansatz vor allem am Bauch?	☐	☐	☐	☐
Haben Sie eine Steigerung des Durstempfindens oder des Wasserlösens beobachtet?	☐	☐	☐	☐
(Frauen) Fühlen Sie sich schlechter vor der Periode?	☐	☐	☐	☐
(Frauen) Hatten Sie Fertilitätsprobleme oder Aborte?	☐	☐	☐	☐
(Frauen) Hat sich Ihr Zyklus verändert?	☐	☐	☐	☐
(Frauen) Fühlen Sie sich schlechter seit der Menopause?	☐	☐	☐	☐
(Männer) Sind Sie seit etwa dem 50. Altersjahr müder, oder fehlt es Ihnen an Motivation?	☐	☐	☐	☐
Anzahl Antworten „Ja“ und „Häufig“				

Entgiftung

	Nein	Selten	Häufig	Ja
Hatten Sie bei der Arbeit oder zu Hause Kontakt mit Chemikalien oder toxischen Schwermetallen?	☐	☐	☐	☐
Haben Sie Amalgamfüllungen oder wurzeltote Zähne?	☐	☐	☐	☐
Essen Sie grosse Fische wie Thunfisch, Schwertfisch, Heilbutt u. a.?	☐	☐	☐	☐
Sind Sie empfindlich auf den Geruch von Rauch, Autoabgasen, Parfüm oder Reinigungsmitteln?	☐	☐	☐	☐
Nehmen Sie zurzeit mehr als ein chemisches Medikament ein?	☐	☐	☐	☐

Entgiftung

	Nein	Selten	Häufig	Ja
Neigen Sie zu Nebenwirkungen bei der Einnahme von Medikamenten?	☐	☐	☐	☐
Sind Ihnen Konzentrations- oder Gedächtnisstörungen aufgefallen?	☐	☐	☐	☐
Sind Sie empfindlich auf alkoholische Getränke geworden?	☐	☐	☐	☐
Hatten Sie eine Lebererkrankung, Hepatitis oder Mononukleose (Epstein-Barr-Virus)?	☐	☐	☐	☐
Leiden Sie unter Muskelsteife, Muskelschwäche oder rascher Ermüdung?	☐	☐	☐	☐
Haben Sie häufig Kopfschmerzen?	☐	☐	☐	☐
Haben Sie Mundaphthen, Karies oder Zahnfleischentzündungen?	☐	☐	☐	☐
Anzahl Antworten „Ja“ und „Häufig“				

Ausscheidung

	Nein	Selten	Häufig	Ja
Leiden Sie unter Verstopfung, Durchfall oder unregelmässigem Stuhlgang?	☐	☐	☐	☐
Ist Ihr Stuhl trocken, hart, bleistiftartig oder klein-kugelig?	☐	☐	☐	☐
Haben Sie auch Schleim- oder Blutabgang?	☐	☐	☐	☐
Leiden Sie unter Blähungen oder Aufstossen?	☐	☐	☐	☐
Leiden Sie unter diffusen Bauchbeschwerden oder -krämpfen?	☐	☐	☐	☐
Hatten Sie im letzten Jahr zwei oder mehr Antibiotikabehandlungen?	☐	☐	☐	☐
Waren Sie schon in den Tropen oder in weniger entwickelten Ländern?	☐	☐	☐	☐
Trinken Sie Wasser aus einem Brunnen oder aus einem Bach?	☐	☐	☐	☐
Anzahl Antworten „Ja“ und „Häufig“				

Immunabwehr

	Nein	Selten	Häufig	Ja
Sind Sie rasch erkältet oder vergrippt?	☐	☐	☐	☐
Erholen Sie sich nur langsam von einer Infektion?	☐	☐	☐	☐
Weisen Sie Drüenschwellungen am Hals, in der Achselhöhle oder in der Leiste auf?	☐	☐	☐	☐
Leiden Sie unter jahreszeitlichen Allergien?	☐	☐	☐	☐
Haben Sie dauernd eine verstopfte Nase oder Nasentropfen nach hinten?	☐	☐	☐	☐
Geht es Ihnen (innert Stunden bis zwei Tagen) schlechter nach dem Verzehr von bestimmten Speisen?	☐	☐	☐	☐
Haben Sie dunkle Augenringe?	☐	☐	☐	☐
Leiden oder litten Sie unter Asthma?	☐	☐	☐	☐
Hat man bei Ihnen schon eine Autoimmunerkrankung diagnostiziert?	☐	☐	☐	☐
Leiden Sie unter Gelenksschmerzen?	☐	☐	☐	☐
Leiden Sie unter Juckreiz der Augen, der Nase, des Rachens, des Halses oder der Haut?	☐	☐	☐	☐
Sind Sie empfindlich auf Schimmel, Staub, Haustiere oder andere Umwelteinflüsse?	☐	☐	☐	☐

Immunabwehr

	Nein	Selten	Häufig	Ja
Ist in Ihrer Blutsverwandtschaft gehäuft Krebs diagnostiziert worden?	☐	☐	☐	☐
Verzehren Sie (fast) täglich Getreide- (wie Brot, Teigwaren, Cornflakes) und/oder Milchprodukte?	☐	☐	☐	☐
Haben Sie starkes Verlangen nach Zucker?	☐	☐	☐	☐
Mussten Sie sich jemals längeren oder mehreren Antibiotikakuren unterziehen?	☐	☐	☐	☐
Leiden Sie unter Energiemangel oder Konzentrationsstörungen?	☐	☐	☐	☐

Anzahl Antworten „Ja“ und „Häufig“

Was wir sonst noch wissen sollten

Datum

Den Fragebogen können Sie auch online ausfüllen: www.sgk.swiss/gesundheitsfragebogen