Sabrina Pfützner
Ganzheitliche Beratung für Gesundheit & Ernährung
Ernährungsberaterin, Heilpraktikerin mit Fachkompetenz für holistische Gesundheit

Gesundes Menschenleben
gesund sein – gesund leben – gesund bleiben

Fragebogen **naturheilkundliche Behandlung / Ernährungstherapie**

Name: _____ **Vorname:** _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____

Größe: _____ Gewicht: _____

Beruf: _____

Adresse:

Straße: _____

Wohnort: _____

Telefon: _____ Mobil: _____

E-Mail: _____

Rechnungsadresse: (**wenn abweichend**)

Name: _____

Straße / Ort: _____

Warum kommen Sie zur Beratung?

☐ allgemeine Beratung ☐ Gesundheitsvorsorge ☐ gesündere Ernährung ☐ mehr Wohlbefinden

☐ Gewichtsreduktion ☐ Gewichtszunahme ☐ Gewicht halten ☐ Ernährungsumstellung

☐ ärztliche Empfehlung ☐ chronische Erkrankung ☐ Verbesserung der Energie ☐ Stoffwechselstörung

☐ Sonstiges bzw. Grund der ärztl. Empfehlung: _____

Derzeitige Beschwerden /Symptome/ Erkrankung - Hauptbeschwerden

Bitte generell ausfüllen:

Sind Sie bereit, möglicherweise liebgewonnene, jedoch langfristig leidbringende Lebens- und Ernährungsgewohnheiten zu verändern? Bitte bedenken Sie, Sie legen heute den Grundstein für die kommende Jahre!

☐ Ja ☐ nein ☐ vielleicht

Bestandsaufnahme Körpermaße:

Aktuelles Gewicht: _____ ggf. Wunschgewicht: _____

BMI: _____ Hüftumfang: _____ Taillenumfang: _____

Aktuelle Medikamente (Präparat und Dosierung):

☐ Schlafmittel _____

☐ Betablocker _____

☐ Hormone _____

☐ Antibabypille _____

☐ Schmerzmittel _____

☐ Insulin _____

☐ Schilddrüsenmedikamente _____

☐ Psychopharmaka _____

☐ Abführmittel _____

☐ Magensäureblocker _____

☐ Antibiotika – wann, welche? _____

Gab/gibt es Überreaktionen auf Medikamente, Heilbäder, Hormontherapien? ☐ ja ☐ nein (wenn ja, welche?)

_____

Sonstige Arzneimittel – z.B. **homöopathische Arzneimittel, Bachblüten, etc.**

Nahrungsergänzungsmittel – bitte mit genauer Dosierung

Welche Impfungen haben Sie bekommen? Welches war die letzte Impfung?

Infektionskrankheiten / wann?

☐ Infektionskrankheiten (Viruserkrankungen – EBV, Borrelliose, Covid 19 etc

Zahnstatus

Gibt es Beschwerden im Hinblick auf die Zahngesundheit?

_____

_____

z.B.

☐ Wurzeltote Zähne ☐ Wurzelbehandelte Zähne ☐ Fehlende Zähne ☐ Parodontose ☐ Parodontitis

☐ Zahnfleischbluten ☐ häufige / chronische Zahnfleischentzündung ☐ Zahnherde

☐ Kieferknacken ☐ Zähne zusammen beißen ☐ Schmerzen im Kiefergelenk

☐ Amalgam vorhanden ☐ Amalgam entfernt ☐ Amalgamausleitung erfolgt (wenn ja, wie?) _____

☐ Gold ☐ Palladium ☐ andere Legierungen

☐ Implantate: ☐ Brücken ☐ Kronen ☐ Zähne gebleicht

☐ Aufbißschiene nachts ☐ Korrekturschiene tags/nachts ☐ Zahnspange

Körpertemperatur (zur Beurteilung des Stoffwechsels)

Bitte messen Sie über **1 Woche 1x täglich oral** Ihre **Körpertemperatur** möglichst mit einem digitalen Thermometer (**morgens, noch im Bett, vor dem Aufstehen**) und tragen Sie diese Werte bitte hier ein:

Tag 1 _____ Tag 2 _____ Tag 3 _____ Tag 4 _____

Tag 5 _____ Tag 6 _____ Tag 7 _____

Bestandsaufnahme Körpermaße:

Aktuelles Gewicht: _____ ggf. Wunschgewicht: _____

BMI: _____ Hüftumfang: _____ Taillenumfang: _____

<u>Bei Gewichtsproblemen</u> bitte angeben:

Gewichtsentwicklung

Gewicht in der Kindheit (unter/über/normalgewichtig)
Gewicht in der Jugend
Mit ca. 20 Jahren
Wann begannen die Gewichtsprobleme aus Ihrer Sicht?
Gewichtsverlauf der letzten 2 Jahre

Welche Maßnahmen / Diäten erfolgten bereits?

Bei Gewichtszunahme, wo haben Sie insbesondere zugenommen? :

☐ Bauch ☐ Hüften ☐ Beine ☐ Po ☐ Oberkörper ☐ Nacken

Bei Gewichtsabnahmewunsch: Falls Sie diese Werte kennen, bitte eintragen:

Viszeralfett: _____ Muskelanteil: _____

Grundumsatz: _____ Geschätzter Leistungsumsatz: _____

Täglicher Energiebedarf: _____ Errechnete Tageszufuhr: _____ Tägliche Energiebilanz: _____

Aktuelle Symptome / Beschwerden

Chronische Erkrankungen – möglichst in zeitlicher Reihenfolge

Familienanamnese: Welche Erkrankungen sind **in Ihrer Familie** aufgetreten?

Allgemeines:

☐ gibt es Wassereinlagerungen / Ödeme ☐ gibt es Fetteinlagerungen (Lipödem, Lipome)

☐ Neigung zu entzündungsbedingten Erkrankungen

Wie ist Ihr Blutdruck normalerweise (ungefähr): _____

Wärmehaushalt

☐ normal ☐ generell zu warm ☐ Hitzewallungen ☐ schnelles Frieren

Schwitzen

☐ normal ☐ kein Schwitzen ☐ vermehrtes Schwitzen

Energie

☐ sehr belastbar ☐ mäßig belastbar ☐ kaum belastbar ☐ nicht belastbar

☐ antriebslos ☐ stressempfindlich ☐ oft krank am WE oder im Urlaub

☐ schnell müde / erschöpft ☐ überlastet

Gedächtnis / Konzentration

☐ Konzentrationsschwierigkeiten ☐ Merkfähigkeit gering ☐ Lernschwierigkeiten

Stimmung

☐ reizbar ☐ wütend ☐ depressiv ☐ traurig ☐ kummervoll

☐ unruhig / rastlos ☐ aggressiv ☐ nervös ☐ ungeduldig ☐ weinen

☐ mitleidig ☐ Stimmungsschwankungen → ☐ selten ☐ häufig

Psyche

☐ Ängste ☐ Phobien ☐ Zwänge ☐ Tic's

☐ pedantisch ☐ ordentlich ☐ überpünktlich ☐ unordentlich ☐ oft zu spät

☐ Gedankenandrang ☐ kann nicht loslassen ☐ Schuldgefühle

☐ Sorgen um Familie ☐ kümmern um Familie / Angehörige ☐ verantwortlich fühlend

Wie glücklich sind Sie (-10 bis +10) _____

Verhältnis zur Familie

☐ sehr gut ☐ gut ☐ mäßig ☐ schlecht ☐ garnicht

Überempfindlichkeiten:

☐ Hitze ☐ Kälte ☐ Sonne ☐ Gerüche ☐ Erschütterung ☐ Berührung

☐ Gürtel ☐Geräusche ☐ Rollkragen ☐ Textilien ☐ enge Kleidung

☐ vertrage keine Tücher/Schals ☐ Metalle ☐ Medikamente ☐ viele Menschen

☐ Hellsichtigkeit ☐ Hochsensibilität ☐ Hochintelligent

☐ See-, Bus-, Bahn-, Autofahrten ☐ Schmerzen ☐ schreckhaft

☐ Sonstiges _____

Unverträglichkeiten / Allergien

☐ Gluten ☐ Histamin ☐ Fruktose ☐ Obst ☐ Sorbit ☐ Fett

☐ Laktose ☐ Milchprodukte ☐ Milcheiweiß ☐ Krustentiere / Meeresfrüchte ☐ Fisch

☐ Soja ☐ Erdnüsse ☐ Nüsse ☐ Lupine ☐ Sesam ☐ Hühnereiweiß

☐ Senf ☐ Sellerie ☐ Paprika ☐ Zwiebel/Knobl ☐ Schwefeldioxid

☐ Heuschnupfen ☐ Kreuzallergien ☐ Tierhaare

☐ Medikamente ☐ andere _____

Desensibilisierung durchgeführt: ☐ ja ☐ nein

Verlangen:

☐ Zucker /Süß ☐ Sauer ☐ Salzig ☐ Schokolade ☐ Bitter ☐ Scharf

☐ Pikant ☐ Eier ☐ Fleisch ☐ Fett ☐ Käse ☐ Obst

☐ Milchprodukte ☐ Kaffee ☐ Tee ☐ Nikotin ☐ Drogen ☐ Alkohol

☐ andere spezielle Lebensmittel _____

Abneigung / Ekel gegenüber:

☐ Zucker /Süßem ☐ Schokolade ☐ Salzig ☐ Sauer ☐ Bitter ☐ Scharf

☐ Pikant ☐ Eier ☐ Fleisch ☐ Fett ☐ Käse ☐ Obst

☐ Milchprodukte ☐ Kaffee

Andere bestimmte Lebensmittel: _____

Auf welche Lebensmittel könn(t)en Sie nicht / nur schwer verzichten?

_____

Körpergefühl:

☐ Übergewicht ☐ Untergewicht ☐ normal ☐ Essstörung*

Training / Sport / Bewegung

☐ regelmäßiges Training ☐ moderates Training ☐ untrainiert ☐ Leistungssport

☐ Ausdauertraining ☐ Muskeltraining ☐ 1x/Wo ☐ 2-3x/Wo ☐ öfter

Sportarten

_____

Schlaf

☐ schlechter Schlaf ☐ guter Schlaf ☐ schlechtes Einschlafen ☐ Gedankenandrang ☐ leichter Schlaf

Erwachen wodurch?: _____

☐ häufiges Erwachen (wie oft?) _____ Erwachen wann: _____

☐ Schlafwandeln ☐ Sprechen im Schlaf ☐ keine Traumerinnerung ☐ lebhafte Träume

☐ nächtliches Wasserlassen ☐ unruhige Beine ☐ Schwitzen im Schlaf

Witterungseinflüsse – Sie reagieren bei

☐ Neumond ☐ Vollmond ☐ Gewitter ☐ Föhn ☐ Zugluft

Welche Reaktion: _____

Reaktion bei

☐ trockener Kälte ☐ feuchter Kälte ☐ trockener Hitze ☐ feuchter Hitze

☐ generelle Besserung im Gebirge ☐ generelle Besserung am Meer

Wetterumschwung verschlechtert

☐ von kalt zu warm ☐ von warm zu kalt

Befinden insgesamt

schlechter: durch _____ besser durch: _____

Leiden Sie unter:

☐ Sklerodermie ☐ Kollagenosen ☐ Hashimoto Thyreoiditis ☐ Morbus Basedow

☐ Fibromyalgie ☐ HPU / KPU ☐ Multiple Sklerose ☐ Psoriasis

☐ Sjögren Syndrom ☐ Vaskulitis ☐ Lupus erythematodes ☐ Diabetes mellitus

☐ Rheumatoide Arthritis ☐ Spondylarthritis ☐ Arthrose ☐ Gicht

Andere Autoimmunerkrankungen: _____

Kopf / Kopfschmerzneigung

☐ häufige Kopfschmerzen ☐ Spannungskopfschmerzen ☐ Migräne → mit ☐ Aura

☐ Kopfschmerzauslöser bekannt: _____

Haare

☐ Haarausfall ☐ kreisrund ☐ vereinzelt

Augen

☐ Augenerkrankungen ☐ Augenfehler ☐ grauer Star ☐ grüner Star ☐ Weitsichtig ☐ Kurzsichtig

☐ Maculadegeneration ☐ feucht ☐ trocken

Ohren

☐ Neigung zu Ohrenschmerzen ☐ Tinnitus/Ohrgeräusch ☐ Tinnitus generalisiert

Nase

☐ Heuschnupfen ☐ häufige Erkältungen ☐ häufige Nebenhöhlenentzündungen/Sinusitiden

Mund

☐ rissige Mundwinkel ☐ Mundgeruch ☐ vermehrter Speichelfluss ☐ Aphten

☐ Mundtrockenheit ☐ Lippenherpes ☐ rissige Lippen ☐ trockene Lippen

Hals

☐ häufige Mandelentzündungen (Tonsilitis)

Schilddrüse

☐ Überfunktion ☐ Morbus Basedow ☐ Unterfunktion ☐ Hashimoto

☐ Knoten ☐ warm ☐ kalt ☐ Vergrößert / Umfang vermehrt

☐ Engegefühl ☐ Volumen vermindert ☐ Druckgefühl im Hals

☐ Operation → ☐ Schilddrüse entfernt ☐ teilentfernt

Atemwegserkrankungen

☐ Bronchitis ☐ Asthma ☐ häufige Hustenerkrankungen

☐ Lungenentzündung ☐ Brustfellentzündung ☐ Rippenfellentzündung

☐ Sonstige: _____

Leber / Galle / Bauchspeicheldrüse

☐ Entzündungen ☐ Hepatitis ☐ Fettleber ☐ Gallensteine ☐ Koliken ☐ Druck im Oberbauch

☐ Fettstuhl ☐ Fettunverträglichkeit ☐ Ikterus

☐ Sonstige: _____

Magen

☐ Magenschmerzen ☐ Reflux ☐ Helicobacter ☐ Gastritis ☐ häufiges Aufstoßen

☐ AppetitlosigkeiT ☐ Sodbrennen ☐ Völlegefühl ☐ Übelkeit

☐ Beschwerden nach dem Essen ☐ Beschwerden bei nüchternem Magen

Abdomen / Unterbauch / Darm

☐ Druckempfindlichkeit ☐ Geräusche (Darm – gluckern, pfeiffen…) ☐ Schmerzen ☐ Krämpfe

☐ Entzündungen ☐ Fisteln ☐ Colitis ulzerosa ☐ Morbus crohn ☐ Hämorrhoiden ☐ Analfissuren

☐ Blinddarm OP ☐ Divertikel ☐ Auftreibungen ☐ Blähungen ☐ Windabgänge / Flatulenzen

☐ Juckreiz am Anus ☐ Sonstige: _____

Stuhlgang → Aktueller Zustand

☐ Durchfall ☐ Verstopfung ☐ normal ☐ regelmäßig ☐ unregelmäßig

☐ Unverdaute Stühle

bzw. generelle Neigung zu ☐ Durchfall ☐ Verstopfung

Farbe:

☐ hell ☐ gelblich ☐ blutig ☐ Schleimhaut ☐ schleimig ☐ grünlich

Blase / Nieren

☐ Blasenentzündungen ☐ Erkrankung der Harnblase ☐ Erkrankung der Harnröhre

☐ Erkrankung der Nieren

Arme

☐ Bewegungseinschränkungen ☐ Durchblutungsstörungen ☐ Kälteempfindungen

☐ Einschlafen der Hände ☐ Tennisellbogen ☐ Maushand ☐ Schmerzen

☐ Deputren Kontraktur ☐ Raynaud Syndrom häufiges Einschlafen der ☐ Hände / ☐ Finger

Beine

☐ Krampfadern ☐ Kältegefühl ☐ Kribbeln ☐ Taubheitsgefühl ☐ Besenreiser

☐ Hühneraugen ☐ Krämpfe

Rücken

☐ eingeschränkte Beweglichkeit ☐ Kalkschulter ☐ Verspannungen ☐ Rheuma

☐ Bandscheibenvorfall ☐ Schmerzen _____

Probleme mit der Wirbelsäule – welche Wirbel sind betroffen?

_____

Haut / Nägel

☐ Urtikaria ☐ Neurodermitis ☐ Hautausschläge ☐ Juckreiz

☐ Atherome ☐ Gichtknoten ☐ Pilzerkrankung

☐ Nagelbettentzündungen ☐ Rillen ☐ brüchige Nägel ☐ Verfärbungen der Nägel

Platz für sonstige Anmerkungen

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Ernährung

☐ normal ☐ vegetarisch ☐ vegan ☐ laktosefrei ☐ glutenfrei ☐ ketogen

☐ fruktosefrei ☐ histaminarm ☐ low carb ☐ Paleo ☐ clean eating

☐ Rohkost ☐ viele Fertigprodukte ☐ bereits mehrere Diäten gemacht

☐ Sonstiges zur Ernährung: _____

Essgewohnheiten

☐ im Gehen ☐ in Ruhe ☐ Zwischendurch ☐ Heißhunger ☐ schnell wieder Hunger

Wie viele Mahlzeiten essen Sie? _____

Getränke

☐ Tee schwarz ☐ Kräuter ☐ Früchte ☐ Kaffee ☐ Cola ☐ Säfte/ Schorle

☐ Softdrinks ☐ Leitungswasser ☐ stilles Wasser ☐ Sprudelwasser

☐ Bier ☐ Wein ☐ Schnaps ☐ Sonstiges: _____

Zubereitung der Mahlzeiten:

Ich koche selber: ☐ selten ☐ häufig ☐ immer ☐ nie

Ich esse: ☐ Fertiggerichte ☐ Fastfood ☐ gehe essen ☐ selten ☐ häufig ☐ nie

Beschreiben Sie bitte stichpunktartig Ihre gewöhnlichen Mahlzeiten /normale Ernährung

Frühstück

Zwischenmahlzeit

Mittag

Nachmittag

Abend

Snacks

Wochenende