Sabrina Pfützner

Ernährungsberaterin, Ernährungstherapeutin,
Darm- und Mikronährstofftherapeutin, IPE-Praktitionerin, Coachin
Heilpraktikerin mit Fachkompetenz für holistische Gesundheit

Therapie & Coaching

Gesundes Menschenleben - gesund sein - gesund leben - gesund essen - gesund bleiben

Den Fragebogen bitte ausfüllen UND SPEICHERN. Die gespeicherte Variante können Sie dann per Mail an mich senden oder über Ihren Link in der Terminbestätigung bereits in das System hochladen.

Gesundheits-Check-up ausgefüllt am:

Name: **Vorname:**

Geburtsdatum:

Familienstand:

Größe: Gewicht:

Adresse:

Straße:

Wohnort:

Telefon: Mobil:

E-Mail:

Beruf:

Rechnungsadresse: (**wenn abweichend**)

Name:

Straße/Ort:

Warum kommen Sie zur Beratung?

- ☐ allgemeine Gesundheits-Beratung
- ☐ Gesundheitsvorsorge
- ☐ Gesündere Ernährung
- ☐ Gewichtsreduktion
- ☐ Gewichtszunahme
- ☐ Stoffwechsel
- ☐ Chronische Erkrankung
- ☐ Verbesserung der Energie
- ☐ mehr Wohlbefinden
- ☐ Ernährungsumstellung
- ☐ Ernährungsumstellung
- ☐ ärztliche Empfehlung

☐ Sonstiges bzw. Grund der ärztlichen Empfehlung

Hauptbeschwerden – Termingrund / Wann traten die Beschwerden das erste Mal auf?

Sind Sie bereit, Ihre Ernährung bzw. Ihre wenn nötig auch Ihre Lebensweise grundlegend zu verändern?

○ Ja ○ Nein ○ Ich bin mir nicht sicher

Zubereitung der Mahlzeiten:

Ich koche selber:	○ immer	○ häufig	○ selten	○ so gut wie nie
Ich esse Fertiggerichte / Fastfood	○ immer	○ häufig	○ selten	○ so gut wie nie

Aktuelle Medikamente:	**Dosierung:**
☐ Schlafmittel / Einschlafhilfen	
☐ Betablocker / Blutdrucksenker	
☐ Antibabypille	
☐ andere Hormonpräparate	
☐ Schmerzmittel	
☐ Insulin	
☐ Schilddrüsenmedikamente	
☐ Psychopharmaka / Antidepressiva	
☐ Abführmittel	
☐ Magensäureblocker / PPI	
☐ Cholesterinsenker / Statine	
☐ Antibiotika	
☐ Sonstige Medikamente	

Gab/gibt es Überreaktionen auf Medikamente, Heilbäder, Hormontherapien?

○ Ja ○ Nein

Wenn ja, welche?

Einnahme sonstiger naturheilk. Arzneimittel – z.B. **homöopathische Arzneimittel, Bachblüten,** etc.

Nahrungsergänzungsmittel – bitte mit genauer Dosierung

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

Infektionskrankheiten, Kinderkrankheiten ? (Bitte mit ungefährem Datum angeben)
(Masern, Röteln, Mumps, Keuchhusten, andere Kinderkrankheiten,
Viruserkrankungen – EBV, Borreliose, Covid 19 etc.)

Zahnstatus

Gibt es Beschwerden im Hinblick auf die Zahngesundheit?

Haben Sie:

- ☐ Wurzelbehandelte Zähne
- ☐ Wurzeltote Zähne
- ☐ lockere Zähne
- ☐ chronische Zahnfleischentzündung
- ☐ Fehlende Zähne
- ☐ Parodontose
- ☐ Parodontitis
- ☐ häufiges Zahnfleischbluten
- ☐ Kieferknacken
- ☐ Verspannte Kiefermuskulatur / Schmerzen im Kiefer
- ☐ Amalgam noch vorhanden
- ☐ Amalgam wurde bereits komplett entfernt
- ☐ Amalgamausleitung ist erfolgt
- ☐ Ich hatte keine Amalgamfüllungen
- ☐ Goldfüllung(en)
- ☐ Gold nach Amalgamfüllung(en)
- ☐ Andere Legierungen
- ☐ Implantate
- ☐ Brücken
- ☐ Kronen
- ☐ Gebleichte Zähne
- ☐ Fluoridbehandlung
- ☐ Aufbißschiene
- ☐ 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 ☐

Familienanamnese: Welche Erkrankungen sind **in Ihrer Familie** aufgetreten?
Welche Erkrankungen sind in Ihrer Familie aufgetreten (Eltern, Großeltern, Urgroßeltern, Geschwister)

Vater	
Großeltern Vater Mutter d. Vaters	
Vater d. Vaters	
Onkel väterlich	
Tante väterlich	
Mutter	
Großeltern Mutter Mutter d. Mutter	
Onkel mütterlich	
Onkel väterlich	
Vater d. Mutter	
Kinder	
Geschwister	

M= Milchschorf
E = Ekzeme / Neurodermitis
N = Nesselfieber, Nesselsucht
P = Psoriasis

S = Schwellungen jeglicher Art
KR = Krampfadern
HR = Hämorrhoiden

H = Heuschnupfen
B = Bronchitis
A = Asthma

D = Magen-Darm-Erkrankungen (Colitis ulzerosa, Rezidarm, Morbus crohn, Divertikel etc.)
N = Nahrungsmittelunverträglichkeiten

K = Kopfschmerzen und Migräne

AU = Autoimmunerkrankungen

Z = Zuckerkankheit / Diabetes Mellitus

R = Rheuma, Arthritis, Arthrose
G = Gicht

CA = Krebs /Tumore

SA = Schlaganfall
BL = Bluthochdruck
HI = Herzinfarkt

Platz für sonstige Erkrankungen in der Familie:

Diese Seite bitte bei Gewichtsproblemen ausfüllen:

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 2-5 Jahre:

Bestandsaufnahme:

Aktuelles Gewicht: Wunschgewicht:

Größe: BMI:

Hüftumfang: Taillenumfang:

Bei Gewichtszunahme, wo haben Sie insbesondere zugenommen? :

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

Welche Maßnahmen / Diäten erfolgten bereits?

Bei Gewichtsabnahme(wunsch): Falls Sie diese Werte kennen, bitte eintragen:

Viszeralfett: Muskelanteil:

Grundumsatz WENN bekannt:

Geschätzter Leistungsumsatz:

Täglicher Energiebedarf:

Errechnete Tageszufuhr:

Tägliche Energiebilanz:

Aktuelle Symptome / Beschwerden

Auftreten / Beginn chronischer Erkrankungen – möglichst in zeitlicher Reihenfolge

Bestanden früher folgenden Krankheiten oder Symptome?

☐ Säuglingsekzem / Milchschorf	von wann bis wann?	
☐ Krupphusten als Kleinkind	von wann bis wann?	
☐ (spastische) Bronchitis - gehäuft aufgetreten	von wann bis wann?	
☐ Heuschnupfen	von wann bis wann?	
☐ sturzartiges Erbrechen als Säugling oder Kleinkind	von wann bis wann?	
☐ häufige Kier- oder Stirnhöhlenentzündungen	von wann bis wann?	
☐ chronischer Schnupfen	von wann bis wann?	
☐ Nesselsucht / Urtikaria	von wann bis wann?	
☐ Schwellungen der Augenpartien bzw. Augenlider	von wann bis wann?	
☐ Ekzeme / Neurodermitis	von wann bis wann?	
☐ Migräne oder halbseitige Kopfschmerzen	von wann bis wann?	
☐ Durchfälle (häufig) oder erschwerte Verdauung	von wann bis wann?	
☐ vorübergehende Schwerhörigkeit	von wann bis wann?	
☐ Bluthochdruck	von wann bis wann?	
☐ erhöhte Cholesterinwerte	von wann bis wann?	
☐ Arthrose, Arthritis, rheumatische Erkrankungen	von wann bis wann?	
☐ Nierenerkrankungen	von wann bis wann?	
☐ Blasenentzündungen	von wann bis wann?	
☐ Otitis / Ohrenentzündungen	von wann bis wann?	
☐ Schlafstörungen / Einschlafstörungen	von wann bis wann?	
☐ nicht abschalten können / Gedankenandrang	von wann bis wann?	
☐ Überforderung / Stressbelastung	von wann bis wann?	
☐ ADS / ADHS	von wann bis wann?	
☐ chronische Erschöpfung oder Schwäche	von wann bis wann?	
☐ Burnout / Depressionen / Angsterkrankungen	von wann bis wann?	
☐ Magen-Darm-Erkrankungen jeglicher Art	von wann bis wann?	
☐ Krämpfe / Krampfleiden	von wann bis wann?	
☐ Schwindel / Drehschwindel / Gleichgewichtsstörungen	von wann bis wann?	
☐ Durchblutungsstörungen	von wann bis wann?	
☐ Erkrankungen des Gehirns	von wann bis wann?	
☐ Herzerkrankungen	von wann bis wann?	
☐ Krampfadern	von wann bis wann?	
☐ Krebserkrankungen / Tumore - auch gutartig	von wann bis wann?	
☐ Autoimmunerkrankungen	von wann bis wann?	
☐ Gendefekte	von wann bis wann?	

Sonstige frühere Erkrankungen:

Zu Ihrer AKTUELLEN GESUNDHEIT:

Allgemeines:

☐ gibt es Wassereinlagerungen / Ödeme? ☐ gibt es Fetteinlagerungen (Lipödem,
☐ Neigung zu entzündlichen Erkrankungen

Sonstiges

Wärmehaushalt

☐ normal ☐ generell zu warm ☐ Hitzewallungen ☐ häufig Fieber ☐ schnelles Frieren

Schwitzen

☐ normal ☐ nur beim Sport ☐ kein Schwitzen ☐ Vermehrtes Schwitzen

Energie

☐ sehr belastbar ☐ mäßig belastbar ☐ kaum belastbar ☐ nicht belastbar
☐ antriebslos ☐ stressempfindlich ☐ oft am Wochenende oder im Urlaub krank
☐ müde und erschöpft ☐ überlastet ☐ ständig gestresst ☐ überempfindlich - Kleinigkeiten stressen bereits

Sonstiges

Gedächtnis / Konzentration

☐ Konzentrationsschwierigkeiten ☐ geringe Merkfähigkeit ☐ Lernschwierigkeiten ☐ schlechtes Kurzzeitgedächtnis

Sonstiges

Stimmung

☐ reizbar ☐ wütend ☐ depressiv ☐ traurig ☐ ungeduldig
☐ unruhig / rastlos ☐ kummervoll ☐ aggressiv ☐ nervös ☐ weinen
☐ mitleidig ☐ sehr mitfühlend ☐ Stimmungsschwankungen

Sonstiges

Psyche

☐ Ängste ☐ Phobien ☐ Zwängel ☐ Tic's ☐ oft zu spät
☐ pedantisch ☐ ordentlich ☐ unordentlich ☐ stets überpü ☐ kummervoll
☐ Gedankenandrang ☐ kann nicht loslassen ☐ verantwortlich fühlend ☐ Schuldgefühle ☐ viele Sorgen
☐ Pflegen Angehörigen /Kümmern um Angehörige - aktuell oder in letzter Zeit

Sonstiges

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

Verhältnis zur Familie

☐ sehr gut ☐ gut ☐ mäßig ☐ schlecht ☐ garnicht

Soziale Kontakte

☐ sehr gut ☐ gut ☐ mäßig ☐ schlecht ☐ garnicht

Überempfindlichkeiten:

☐ Hitze ☐ Kälte ☐ Sonne ☐ Gerüche ☐ Erschütterungen ☐ Schmerzen
☐ Berührung ☐ Geräusche ☐ Rollokragen ☐ bestimmte Textilfasern ☐ Tücher / Schal
☐ enge Kleidung ☐ Metalle ☐ Medikamente ☐ viele Menschen

☐ Hochsensibel ☐ Hochintelligent ☐ Hellsichtig

☐ See-, Bus-, Bahn-, Autofahrten

Sonstiges

Unverträglichkeiten / Allergien

☐ Gluten ☐ Laktose ☐ Histamin ☐ Fruktose ☐ Obstsorten ☐ Fette
☐ Schwefeldioxid ☐ Sorbit ☐ Milch /Milchprodukte ☐ Milcheiweiß ☐ Hühnereiweiß
☐ Soja ☐ Fisch ☐ Krustentiere /Meeresfrüchte ☐ Paprika ☐ Zwiebel / Knoblauch
☐ Erdnüsse ☐ Nüsse ☐ Lupine ☐ Sesam ☐ Senf ☐ Sellerie

☐ Heuschnupfen ☐ Kreuzallergien ☐ Tierhaare ☐ Medikemente

Sonstiges

Desensibilisierung: ○ ja ○ nein

Verlangen:

☐ Zucker / Süß ☐ sauer ☐ salzig ☐ Schokolade ☐ bitter ☐ scharf
☐ pikant ☐ Eier ☐ Fleisch ☐ Fett ☐ Käse ☐ Brot
☐ Obst ☐ Fisch ☐ Milch / Milchprodukte ☐ Obst ☐ Kaffee
☐ Tee ☐ Nikotin ☐ Drogen ☐ Alkohol ☐ Energiedrinks

Sonstiges

Abneigung / Ekel gegenüber:

☐ Zucker / Süß ☐ sauer ☐ salzig ☐ Schokolade ☐ bitter ☐ scharf
☐ pikant ☐ Eier ☐ Fleisch ☐ Fett ☐ Käse ☐ Brot
☐ Obst ☐ Fisch ☐ Milch / Milchprodukte ☐ Obst ☐ Kaffee
☐ Tee ☐ Alkohol

Sonstiges

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

Körpergefühl:

☐ normal ☐ Untergewicht ☐ Übergewicht ☐ starkes Übergewicht

Ernährung

☐ normal ☐ vegetarisch ☐ vegan ☐ laktosefrei ☐ glutenfrei ☐ ketogen
☐ fruktosearm/frei ☐ histaminarm ☐ low carb ☐ Paleo ☐ clean eating ☐ Rohkost
☐ Diät ☐ viele Fertigprodukte ☐ bereits mehrere Diäten gemacht

Sonstiges

Essgewohnheiten

☐ in Ruhe ☐ im Stehen ☐ Zwischendurch ☐ Unterwegs

Wie viele Mahlzeiten essen Sie?

Getränke

☐ schwarzer Te ☐ grüner Tee ☐ Früchtetee ☐ Kräutertee ☐ Kaffee ☐ Cola
☐ Säfte ☐ selbst gepresste Säfte ☐ Softdrinks ☐ Mineralwasser still
☐ Mineralwasser sprude ☐ Leitungswasser
☐ Bier ☐ Wein ☐ Schnaps ☐ andere alkoholische Getränke

Sonstiges

Training / Sport

☐ regelmäßig ☐ moderat ☐ untrainiert ☐ Leistungssport
☐ Ausdauertraining ☐ Muskeltraining ○ 1x pro Woche ○ 2-3x pro Woche ○ öfter

Sportarten

Schlaf

☐ schlechter Schlaf ☐ guter Schlaf ☐ schlechtes Einschlafe ☐ Sprechen im Schlaf
☐ leichter Schlaf ☐ häufiges Erwachen ☐ Schlafwandel ☐ Schwitzen im Schlaf
☐ lebhafte Träume ☐ schlechte Träume ☐ keine Traumerinnerung ☐ Gedankenandrang
☐ unruhige Beine ☐ häufiges Wasserlassen ☐ Zähne knirschen ☐ Zähne zusammenbeißen

häufiges Erwachen (wie oft?) wodurch?: wann:

Sonstiges

Witterungseinflüsse – Reaktion auf / bei

☐ Neumond ☐ Vollmond ☐ Gewitter ☐ Regenfront ☐ Föhn
☐ trockene Kälte ☐ feuchte Kälte ☐ trockene Hitz ☐ feuchte Hitze
☐ allg. besser am Meer ☐ allg. besser im Gebirge

Wetterumschwung verschlechtert ☐ von warm zu kalt ☐ von kalt zu warm

Befinden insgesamt

schlechter durch:

besser durch:

Autoimmunerkrankungen

Welche, seit wann?

Kopf / Kopfschmerzneigung

☐ häufige Kopfschmerzen ☐ Spannungskopfschmerzen ☐ Migräne ☐ mit Aura

☐ einseitig ☐ rechts ☐ links ☐ beidseitig ☐ Hinterkopf ☐ Stirn ☐ Schläfen

Kopfschmerzauslöser bekannt:

Sonstiges

Haare ☐ Haarausfall ☐ kreisrund ☐ diffus ☐ früh ergraut

Sonstiges

Augen

☐ Augenerkrankungen ☐ Augenfehler ☐ grauer Star ☐ grüner Star

☐ weitsichtig ☐ kurzsichtig

☐ Maculadegeneratior ☐ feucht ☐ trocken

Sonstiges

Ohren

☐ Neigung zu Ohrenschmerzen ☐ Tinnitus / Ohrgeräusche ☐ Tinnitus generalisiert

Sonstiges

Nase

☐ Heuschnupfen ☐ häufige Erkältungen ☐ häufige Nebennöhlenentzündungen /Sinusitiden

Sonstiges

Mund

☐ rissige Mundwinkel ☐ Mundgeruch ☐ Aphten ☐ Mundtrockenheit

☐ rissige Lippen ☐ rissige Mundwinkel ☐ Herpes

Sonstiges

Hals ☐ häufige Mandelentzündungen

Sonstiges

Schilddrüse

☐ Überfunktion ☐ Unterfunktion ☐ Morbus Basedow ☐ Hashimoto Thyreoiditis
☐ Schilddrüsenknoten ☐ kalte Knoten ☐ heiße Knoten ☐ vergrößerter Umfang
☐ Druckgefühl ☐ Engegefühl ☐ Volumen vermindert
☐ Operation ☐ teilentfernt ☐ Teilentfernt

Sonstiges

Atemwegserkrankungen

☐ häufige Bronchitis ☐ Asthma ☐ allergisches Asthma ☐ häufige Hustenerkrankur
☐ Lungenentzündung(en) ☐ Brustfellentzündung(en) ☐ Rippenfellentzündung(en)

Sonstiges

Wie ist Ihr Blutdruck normalerweise (ungefähr)

Leber / Galle / Bauchspeicheldrüse

☐ Entzündungen ☐ Hepatitis ☐ Fettleber ☐ nichtalkoholische Fettleber
☐ Gallensteine ☐ GallenOP / Galle entfernt ☐ Gallenkoliken
☐ Druckgefühl im Oberbauch ☐ Fettstühle ☐ Fettstühle ☐ Fettunverträglichkeit
☐ Gelbfärbung der Haut oder der Augen / bzw. Schleimhäute

Sonstiges

Magen

☐ Magenschmerzen ☐ Reflux ☐ Helicobacter ☐ Gastritis ☐ häufiges Aufstoßen
☐ Appetitlosigkeit ☐ Sodbrennen ☐ Völlegefühl ☐ Übelkeit ☐ häufges Erbrechen
☐ Druckgefühl im Oberbauch ☐ Fettstühle ☐ Fettstühle ☐ Fettunverträglichkeit
☐ Beschwerden nach dem Essen ☐ Beschwerden auf nüchternen Magen

Sonstiges

Abdomen / Unterbauch / Darm

☐ Geräusche (rumoren, gluckern..) ☐ Krämpfe ☐ Schmerzen ☐ Entzündungen
☐ Windabgänge ☐ Blähungen ☐ Auftreibungen ☐ Divertikel ☐ Morbus crohn ☐ Colitis ulzerosa
☐ Fisteln ☐ Analfissuren ☐ Blinddarm entfernt ☐ Juckreiz am Anus
☐ Hämorrhoiden ☐ Druckempfindlichkeit

Sonstiges

Stuhlgang

☐ häufige oder stete Durchfälle ☐ Verstopfung(sneigung) ☐ normale Verdauung ☐ regelmäßiger Stuhlgang
☐ fettiger Stuhl ☐ blutiger Stuhl ☐ schleimiger Stuhl ☐ breiiger Stuhl ☐ schaumiger Stuhl
☐ normal geformt ☐ auffälliger Geruch ☐ stinkend ☐ säuerlich ☐ faulig
☐ Gefühl nicht fertig zu werden ☐ Verbrauch großer Mengen Toilettenpapier

Sonstiges

Blase / Nieren

☐ (häufige) Blasenentzündunger ☐ Erkrankungen der Harnblase ☐ Erkrankungen der Harnröhre
☐ Erkrankungen der Nieren ☐ Nierensteine ☐ Urin dunkelgelb bis braun ☐ Urin blutig
☐ Impfung gegen Blasenentzündung

Sonstiges

Arme

- ☐ Bewegungseinschränkungen
- ☐ Durchblutungsstörungen
- ☐ Kälteempfindungen
- ☐ Einschlafen der Hände
- ☐ Tennisellenbogen
- ☐ Maushand
- ☐ andere Schmerzen
- ☐ Deputren Kontraktur
- ☐ Raynaud Syndrom

Sonstiges

Beine

- ☐ Krampfadern
- ☐ Kältegefühl
- ☐ Kribbeln
- ☐ Taubheitsgefühl
- ☐ Besenreiser
- ☐ Hühneraugen
- ☐ Krämpfe / Wadenkrämpfe
- ☐ Durchblutungsstörungen
- ☐ Neuropathie / Polyneuropathie

Sonstiges

Rücken

- ☐ eingeschränkte Beweglichkeit
- ☐ Kalkschulter
- ☐ Verspannungen

Sonstiges

Probleme mit der Wirbelsäule – welche Wirbel sind betroffen?

Bewegungsapparat

- ☐ rheumatische Erkrankung
- ☐ Bandscheibenvorfall
- ☐ Fibromyalgie
- ☐ Arthrose
- ☐ Arthritis
- ☐ Gicht

Sonstiges

Haut / Nägel

- ☐ Urtikaria
- ☐ Neurodermitis
- ☐ Ekzeme / Hautausschläge
- ☐ Nagelbettentzündungen
- ☐ Juckreiz
- ☐ Atherome
- ☐ Gichtknoten
- ☐ Lipome
- ☐ Rosacea
- ☐ Deputren Kontraktur
- ☐ Raynaud Syndrom
- ☐ Pilzerkrankungen /Vaginal, Nagelpilze etc.
- ☐ brüchige Nägel
- ☐ Rillen in den Nägeln
- ☐ weiße Flecken auf den Nägeln
- ☐ Nagelverfärbungen

Sonstiges

Männer

- ☐ Beschwerden mit der Prostata
- ☐ erhöhter PSA
- ☐ Beschwerden beim Urinabsatz
- ☐ häufiges Wasserlassen
- ☐ Urin kann nicht gehalten werd

Sonstiges

Frauen

- ☐ Menstruationsbeschwerden
- ☐ unregelmäßige Menstruation
- ☐ zu früh / zu kurz
- ☐ zu spät / zu lang
- ☐ PMS
- ☐ Blut dunkelrot

Sonstiges

Platz für weitere Anmerkungen

Beschreiben Sie bitte stichpunktartig Ihre gewöhnlichen Mahlzeiten / Ihre normale Ernährung

Frühstück

Zwischenmahlzeit

Mittagessen

Nachmittag / Kaffezeit / Snack

Abendessen

Mahlzeiten am Wochenende