



Naturheilpraxis  
Sabine Jung

## Der Anamnese Fragebogen

Liebe Patienten,

durch meine vielseitigen Therapiemöglichkeiten bin ich bestrebt, Ihnen in allen Belangen, natürlich auch unter dem Aspekt der ganzheitlichen Betrachtung, zu helfen und Sie zu unterstützen.

Darum bitte ich Sie, mir diesen Anamnesebogen nach bestem Wissen auszufüllen und per Email oder Post **VOR** Ihrem Besuch in meiner Praxis zurückzusenden, damit ich mir schon im Vorfeld ein Gesamtbild machen kann.

Sollten Sie Fragen nicht beantworten können, so lassen Sie diese bitte einfach aus. Wir werden sie dann gemeinsam besprechen.

Bitte bringen Sie zum ersten Termin eventuelle Atteste, Befunde, Impfpass etc mit oder legen Sie diese als Kopie dem Anamnesebogen bei.

Vielen Dank schon heute für Ihre Zusammenarbeit!

Ich freue mich auf Sie.

Sabine Jung

### **WICHTIG**

Diese Datenerhebungen sind streng vertraulich und unterliegen der Schweigepflicht!

**Anamnese - Fragebogen**

Name \_\_\_\_\_ Geburtstag \_\_\_\_\_  
Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsort \_\_\_\_\_  
Straße \_\_\_\_\_ Tel. priv. \_\_\_\_\_  
PLZ-Ort \_\_\_\_\_ Tel. Beruf \_\_\_\_\_  
Beruf \_\_\_\_\_ Familienstand/Kinder \_\_\_\_\_  
Körpergröße \_\_\_\_\_ Gewicht \_\_\_\_\_ Blutdruck \_\_\_\_\_

Wie sind Sie auf mich aufmerksam geworden?

---

Versicherung:

- Gesetzlich (AOK, DAK usw.)  
 Beihilfe/Post  
 Privat-Versicherung  
 Privat-Zusatzversicherung

**Anleitung**

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen möglichst genau aus. Bei den Beispielen genügt es zu unterstreichen, sofern diese zutreffen - ansonsten bitte Zutreffendes ankreuzen bzw. mit eigenen Worten beantworten.

**An welchen Krankheiten leiden Sie und seit wann?**

Falls vorhanden, wie lauten die schulmedizinischen Diagnosen?

- |   | Seit  |
|---|-------|
| <input type="radio"/> Hoher Blutdruck         | _____ |
| <input type="radio"/> Diabetes                | _____ |
| <input type="radio"/> Nierenbeschwerden       | _____ |
| <input type="radio"/> Allergien               | _____ |
| <input type="radio"/> Herzleiden              | _____ |
| <input type="radio"/> Migräne/Kopfschmerzen   | _____ |
| <input type="radio"/> Depressionen            | _____ |
| <input type="radio"/> Hautkrankheiten         | _____ |
| <input type="radio"/> Schwindel               | _____ |
| <input type="radio"/> Schilddrüsenbeschwerden | _____ |
| <input type="radio"/> Asthma                  | _____ |
| <input type="radio"/> Rheuma                  | _____ |
| <input type="radio"/> Pilze                   | _____ |
| <input type="radio"/> Durchfall/Verstopfung   | _____ |
| <input type="radio"/> O Schlafstörungen       | _____ |
| <input type="radio"/> Durchblutungsstörungen  | _____ |
| <input type="radio"/> Sonstige                | _____ |
- 
-

**Welche Beschwerden belasten Sie aktuell am meisten?**

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

**Was war unmittelbar vor dem ersten Auftreten Ihrer jetzigen Beschwerden? z.B. eine**

Erkrankung – Kummer – Trauer – Stress – Operation – Hautausschläge – Medikamente- usw.

Werden die Schmerzen durch Bewegung  besser  schlechter  kein Einfluss  
 Treten die Schmerzen  in Ruhe  nachts  tags  Wärme  Kälte auf?  
 Werden die Schmerzen durch Wetteränderung beeinflusst?  ja  nein

**Was wurde bisher unternommen und welche Untersuchungsverfahren wurden bis jetzt eingesetzt?**


---



---

Gibt es Fremdbefunde? Wenn  ja, **bitte mitbringen.**  nein  
 Bildgebende Verfahren? Wenn  ja, **bitte mitbringen.**  nein  
 Ärztliches Labor/Blutbefunde? Wenn  ja, **bitte mitbringen.**  nein

**Welche Erkrankungen gibt es in Ihrer Familie?**

(Eltern, Großeltern, Urgroßeltern, Geschwister)

Krebs – Tuberkulose – Geschlechtskrankheiten – Herzkrankheiten – Gefäßkrankheiten – Schlaganfall – Asthma – Zuckerkrankheit – Rheuma – Nierensteine – Gallensteine – Multiple Sklerose – Gicht – Allergien – Schuppenflechte – Neurodermitis – Migräne  
 Andere: \_\_\_\_\_

**Nehmen Sie Medikamente ein? In welcher Dosierung und seit wann?**

**Bitte Medikament oder Beipackzettel mitbringen.**

Medikament	Dosierung	Einnahme seit
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Nehmen Sie Abführmittel?  ja  nein

Wann haben Sie zuletzt Antibiotika eingenommen? \_\_\_\_\_

Weshalb? \_\_\_\_\_

**ACHTUNG: Medikamente nur nach therapeutischer Rücksprache reduzieren oder absetzen!**

**Nehmen Sie Vitamin- Mineralstoff Präparate ein? Wenn ja, welche?**

- |                                    |   |   |
|------------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> Vitamin C | <input type="checkbox"/> Vit. B – Komplex | <input type="checkbox"/> Vitamin D                |
| <input type="checkbox"/> Vitamin E | <input type="checkbox"/> Folsäure         | <input type="checkbox"/> Multivitamine            |
| <input type="checkbox"/> Vitamin A | <input type="checkbox"/> Vit. B12         | <input type="checkbox"/> Nahrungsergänzungsmittel |
| <input type="checkbox"/> Magnesium | <input type="checkbox"/> Selen            | <input type="checkbox"/> Soja                     |
| <input type="checkbox"/> Calcium   | <input type="checkbox"/> Zink             | <input type="checkbox"/> Rotklee / Nachtkerzenöl  |
| <input type="checkbox"/> Kalium    | <input type="checkbox"/> Kupfer           | <input type="checkbox"/> Johanniskraut            |
| <input type="checkbox"/> Eisen     | <input type="checkbox"/> Jod/ Algen       | <input type="checkbox"/> Sonstiges                |

**Hatten Sie Infektionskrankheiten wie....?**

- |                                      |  |  |
|--------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Masern      | <input type="checkbox"/> Röteln                    | <input type="checkbox"/> Scharlach     |
| <input type="checkbox"/> Windpocken  | <input type="checkbox"/> Mumps                     | <input type="checkbox"/> Keuchhusten   |
| <input type="checkbox"/> Malaria     | <input type="checkbox"/> Salmonellose              | <input type="checkbox"/> Kinderlähmung |
| <input type="checkbox"/> Tuberkulose | <input type="checkbox"/> Pfeiffersch. Drüsenfieber | <input type="checkbox"/> andere: _____ |

**Welche (Auffrisch-)Impfungen haben Sie erhalten? Wann?**

- |                                     |                                     |  |                                     |
|-------------------------------------|-------------------------------------|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Diphtherie | <input type="checkbox"/> Mumps      | <input type="checkbox"/> Keuchhusten   | <input type="checkbox"/> Windpocken |
| <input type="checkbox"/> Tetanus    | <input type="checkbox"/> Masern     | <input type="checkbox"/> TBC           | <input type="checkbox"/> FSME       |
| <input type="checkbox"/> Polio      | <input type="checkbox"/> Röteln     | <input type="checkbox"/> Grippe        |                                     |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis  | <input type="checkbox"/> Gelbfieber | <input type="checkbox"/> andere: _____ |                                     |

**Gab es Reaktionen?**

Fieber, Krämpfe, Unruhe, Schlaflosigkeit, Verhaltensveränderungen

**Leiden Sie oft unter Erkältungskrankheiten?**

ja  nein

**Haben Sie Narben von Operationen?**

ja  nein

Wo: \_\_\_\_\_

**Rauchen Sie?**

ja  nein

Wieviel pro Tag?

**Haben Sie Zahnfüllungen aus:**

- |                                    |                                     |                                  |
|------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Amalgam   | <input type="checkbox"/> Kunststoff | <input type="checkbox"/> Brücken |
| <input type="checkbox"/> Gold      | <input type="checkbox"/> Keramik    |                                  |
| <input type="checkbox"/> Palladium | <input type="checkbox"/> Implantate |                                  |

Wurden Zahnfüllungen aus Amalgam entfernt?

ja  nein wann?

Wurde eine Amalgam-Ausleitungstherapie durchgeführt?

ja  nein wann?

Haben Sie: Zahnfleischbluten - Parodontose - wurzelbehandelte Zähne - verlagerte Zähne

Sind Sie  beruflich  privat besonderen Umweltbelastungen ausgesetzt? z.B.:

- |                                  |                                    |  |
|----------------------------------|------------------------------------|--|
| <input type="radio"/> Schimmel   | <input type="radio"/> Lacke/Farben | <input type="radio"/> Bildschirm- Arbeit |
| <input type="radio"/> Mehlstaub  | <input type="radio"/> Feinstaub    | <input type="radio"/> Handymast          |
| <input type="radio"/> Tankstelle | <input type="radio"/> Chemikalien  | <input type="radio"/> Handy am Körper    |

## Emotionales / Belastung

- |   |  |
|---|--|
| Reagieren Sie auf Wärme im Sommer?  | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein                |
| Sind Sie berührungsempfindlich?   | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein                |
| Beeinträchtigt Sie ein geschlossener Kragen?                              | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein                |
| Beeinträchtigt Sie ein enger Gürtel?                                      | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein                |
| Halten Sie enge Räume aus? (z.B. Fahrstühle etc.)                         | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein                |
| Leiden Sie unter mangelnder Konzentration?                                | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein                |
| Sind Sie müde und erschöpft?  | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein                |
| Ist Ihre Reizbarkeit verstärkt?   | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein                |
| Haben Sie einen Ängste-Schuldgefühle- Konflikt?                           | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein                |
| Schwitzen Sie leicht?   | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein                |
| Schwitzen Sie nachts?   | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein                |
| An welchem Körperteil: _____  |  |
| <input type="radio"/> kalter Schweiß <input type="radio"/> warmer Schweiß |  |
| Frieren Sie schnell?  | <input type="radio"/> Kalte Hände <input type="radio"/> Kalte Füße |

Wie belastbar und leistungsfähig fühlen Sie sich? Sehr belastbar - mäßig belastbar - gar nicht

Wie empfinden Sie Ihre momentane **seelische** Belastung?

- als angemessen     akzeptabel     zu wenig     zu viel     viel zuviel

Wie empfinden Sie Ihre momentane **körperliche** Belastung?

- als angemessen     akzeptabel     zu wenig     zu viel     viel zuviel

Wie empfinden Sie Ihre momentane **nervliche** Belastung?

- als angemessen     akzeptabel     zu wenig     zu viel     viel zuviel

Wie empfinden Sie Ihre momentane **berufliche** Belastung?

- als angemessen     akzeptabel     zu wenig     zu viel     viel zuviel

Welche Arten der **Entspannungsmöglichkeiten** nutzen Sie? \_\_\_\_\_  
wöchentlich \_\_\_\_\_mal je ca. \_\_\_\_\_Minuten

Welche Art von **Fitness** oder **Bewegung** praktizieren Sie regelmäßig? \_\_\_\_\_  
Wie oft in der Woche? \_\_\_\_\_mal    Wie lange? je \_\_\_\_\_Minuten

Wie oft in der Woche gönnen Sie sich einen **Mittagsschlaf**? \_\_\_\_\_mal

- |   |   |
|---|---|
| Wie ist Ihr Verhältnis zu Ihren Eltern?                       | Sehr gut - gut - mäßig - schlecht                   |
| Haben Sie einen Partner bzw. eine Partnerin?                  | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |
| Wie ist Ihr Verhältnis zu Ihrem Partner bzw. Ihrer Partnerin? | sehr gut - gut - mäßig - schlecht                   |
| Sind Sie glücklich?   | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |
| Haben Sie Ängste/Sorgen?                                      | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |
| Welche: _____   |   |

## Wohnung / Schlaf

Ist Ihr Schlaf- und Ihr Arbeitsplatz auf geopathische und Elektrosmok-Belastungen untersucht worden?  ja  nein

### Wie ist Ihre Wohnung beschaffen?

Funkmasten in der Nähe - Überlandleitung/Bahnstrom in der Nähe - Bäche, Flüsse in der Nähe - Schimmelpilzbelastung - Antiquitäten/Holzschutzmittel - Teppichböden - Mikrowelle

### Wie ist Ihr Schlafplatz eingerichtet?

schnurlose Telefone/Internet - elektrische Geräte standby - Wasserbett - eingebauter elektrischer Motor

### Wie ist Ihr Schlaf?

Schlaflosigkeit - Sprechen im Schlaf - Zähneknirschen - Unruhe in den Beinen - heiße Füße  
Schwierigkeiten beim Einschlafen - Nachtschweiß - Lebhaftige Träume - häufiges Erwachen  
um wieviel Uhr: \_\_\_\_\_

häufiges Wasserlassen, wie oft: \_\_\_\_\_

Schlaflage:

Bauch - Rücken - links - rechts - sitzend - kniend - zusammengerollt

Schlafzeit:

Übliches zu Bett gehen: \_\_\_\_\_

Übliches Aufstehen: \_\_\_\_\_

Treiben Sie Sport?  ja  nein

Haben Sie Haustiere?  ja  nein

## Ernährung

### Wie viel und was trinken Sie? Bitte genau!

Wasser

Kräutertee

Säfte

Bier

Wein

Sekt

Kaffee

Schwarzen Tee

Grünen Tee

Sind Sie Vegetarier?  ja  nein

Sind Sie Veganer?  ja  nein

### Wie ernähren Sie sich vorwiegend?

Bitte Zutreffendes unterstreichen. Bitte wie oft oder wie viel dahinter schreiben.

Zucker

Zuckerersatzstoffe

Milchprodukte

Weißmehlprodukte

Eier

Nüsse

Süßigkeiten

Kuchen

### Haben Sie Allergien? Seit wann?

Pollen(wann) \_\_\_\_\_

Nahrungsmittel \_\_\_\_\_

Besteht eine Laktose/Fruktose oder Gluten Unverträglichkeit?  ja  nein

Sind Sie nach dem Essen müde?

ja  nein

Völlegefühl - Sodbrennen - Appetitlosigkeit

Auf welche Nahrungsmittel können Sie nur schwer verzichten?

---

**Verlangen nach:** Süß - Sauer - Pikant - Bitter - Salzig - Scharf - Fleisch - Eier - Obst - Nikotin - Alkohol  
**Abneigungen gegen:** Süß - Sauer - Pikant - Bitter - Salzig - Scharf - Fleisch - Eier - Fett

Wurden Sie gestillt?

ja  nein

War Ihre Geburt eine natürliche?

ja  nein

Wären Sie bereit, Ihre Ernährungsgewohnheiten mit unserer Hilfe zu verbessern?

ja  nein

**Wie oft haben Sie Stuhlgang?**

\_\_\_ x täglich \_\_\_ x wöchentlich

Neigung zu: Durchfall - Verstopfung

Wie ist die Konsistenz des Stuhls?

geformt - breiig - wässrig - wechselt - verstopft - knollig - hell - dunkel - übel riechend - kann Stuhl nicht halten - Gefühl, nicht fertig zu werden - gibt es Blutauflagerungen?

Hämorrhoiden?  ja  Blut hell  Blut dunkel  Juckreiz  nein

Haben Sie häufig Blähungen?  ja  nein

## Kopf

**Leiden Sie unter Kopfschmerzen?** häufig - selten - nie

**wenn ja,**

**wo und wann:** Stirn-Augen-Schlafenregion - Hinterhauptregion - halbseitig links - halbseitig rechts  
 doppelseitig - wandernd von links nach rechts - wandernd von rechts nach links - morgens - abends

Auslöser der Kopfschmerzen: \_\_\_\_\_

Was verbessert: \_\_\_\_\_

Was verschlechtert: \_\_\_\_\_

**Haare:** Haarausfall - kreisrunder - vereinzelter - seit wann:

**Augen:** Bindehautentzündung - kurzsichtig - weitsichtig - sonstige Beschwerden  
 Brille seit:

**Ohren:** Schmerzen links - Schmerzen rechts - beidseitig - schwerhörig  
 Ohrengeräusche/Tinnitus - Ohrendruck - Mittelohrentzündungen

**Nase:** Operationen - Heuschnupfen - häufige Nasennebenhöhlenentzündungen  
 - behinderte Nasenatmung - Nase verstopft - Allergien auf:

\_\_\_\_\_

Absonderungen : wässrig - schleimig - eitrig - grünlich

**Mandeln:** Operation - häufig Mandelentzündungen - als Kind - heute

**Schilddrüse:** Überfunktion - Unterfunktion - Vergrößerung - Operation

## Brust- Bauch -Rücken

<b>Brustdrüse</b>	Auffälligkeiten - Beschwerden - Operation
<b>Herz</b>	Beschwerden - Stechen - Druckgefühl - Beklemmung Rhythmusstörungen - Infarkt
<b>Lunge</b>	Bronchitis - häufig Husten – Atemnot - Auswurf
<b>Leber</b>	Entzündungen - Hepatitis - Zirrhose
<b>Galle</b>	Steine - Koliken – Operation - Druck im re Oberbauch - Fettunverträglichkeit
<b>Magen</b>	Völlegefühl – Gastritis - Appetitlosigkeit - Nahrungsmittelallergien Abneigung gegen Fleisch
<b>Darm</b>	Infektionen – Hämorrhoiden – Blinddarmoperation - Morbus Crohn Colitis Ulcerosa - Blähungen, Geruch nach:
<b>Rücken</b>	Schmerzen – Hexenschuss - Ischias - Skoliose - Bandscheibenvorfall
<b>Niere/Blase</b>	Nierensteine – Beschwerden beim Wasserlassen - Entzündungen - häufig:

## Arme –Beine-Bauch

<b>Arme</b>	Verletzungen - Schmerzen - Kribbeln - Kalte Hände - Tennisellenbogen
<b>Beine</b>	Schmerzen (in Ruhe/beim Gehen) - Krampfadern – Operationen - Verletzungen - Kalte Füße – Kribbeln - Taubheitsgefühl
<b>Rücken</b>	Beweglichkeit - Verspannungen – Belastungen
<b>Haut/Nägel</b>	Verbrennungen - Narben – Geschwüre - Hautjucken - Warzen - eingewachsene Nägel - Nagelbettentzünd. – Nagel-/Fußpilz Allergien auf: _____



## Gynäkologischer /Urologischer Bereich

- Gynäk.** Ausfluss: keinen - stark - weiß - gelb - färbt die Wäsche - wundmachend
- Schmerzen - Eierstockentz. - Ausschabungen – Fehlgeburten -  
Geburten/wievieler:  
Abtreibungen - Tumore - Zysten - Myome - Geschlechtskrankheiten
- Menses** Wann war die erste Menstruation:
- Blutungen sind: hell -dunkel - klumpig - braun - unregelmäßig - regelmäßig
- Haben Sie Beschwerden - vor – während – nach - der Menstruation?
- Klimakterium
- Aktuelle Schwangerschaft?  ja  nein
- Prostata** vergrößert – Entzündungen - Beschwerden beim Wasserlassen  
Geschlechtskrankheiten
- Harn** viel, wenig, kann nicht halten, Geruch nach \_\_\_\_\_
- Sexualität** vermindert - verstärkt – unbefriedigt - Beschwerden beim Geschlechtsverkehr

## Hormone

Haben/Nehmen Sie **Hormonpräparate** (Schilddrüse, Cortisol, Insulin...) eingenommen?

Welche? \_\_\_\_\_

**Verhütungsmittel?** Hormonspirale-Stäbchen-Ring?

\_\_\_\_\_

Seit wann? \_\_\_\_\_

Haben Sie jemals Muskelaufbau-oder Fitness Präparate genommen?

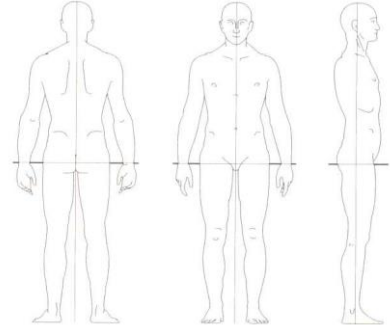
ja  nein

Welche? \_\_\_\_\_

## Schmerzfragen

**Wo treten Schmerzen auf?** Bitte kennzeichnen!

Kreuz = Punktförmiger Schmerz  
 Linie = Unklare Schmerzlokalisierung  
 Pfeil = Ausstrahlender Schmerz



**Schmerzsкала für den Hauptschmerz von 1-10:**

1= schwach  
 5= mittel  
 10= sehr stark

meine Schmerzsкала liegt bei: \_\_\_\_\_

**Seit wann haben Sie die Schmerzen?**

\_\_\_\_\_

**Gab es ein auslösendes Ereignis?**

\_\_\_\_\_

**Wie oft haben Sie die Schmerzen?**

immer - mehrmals am Tag - alle paar Tage - wöchentlich - seltener

**Wie ist das Schmerzempfinden?**

ziehend - brennend - stechend - klopfend - drückend - krabbelnd - reißend  
 kolikartig - krampfend - dumpf - beengend - bohrend

**Welche Ereignisse verschlimmern?**

Körperliche Belastung - längeres Stehen - Sitzen - Gehen - Stress - Kälte -  
 Wärme - Nahrungsmittel - Husten - Niesen - Tageszeit \_\_\_\_\_  
 Wetterlage - Monatsblutung - Sonstiges: \_\_\_\_\_

**Welche Ereignisse verbessern?**

Ruhe - Schlaf - Bewegung - Sport - Kälte - Wärme - Schmerzmittel - Urlaub

**Andere Symptome zum Schmerz**

Hautrötung - Blässe - Schwellung - Berührungsempfindlichkeit - Schweißbildung  
 Seh- oder Hörstörungen - Gangunsicherheit - Muskelschwäche - Müdigkeit  
 Schwindel - Bewegungseinschränkung

**Schmerzbehandlung erfolgte bisher wie...?** \_\_\_\_\_

**Chronologische Krankheitsgeschichte**

Bitte erfassen Sie alle bisherigen Erkrankungen und Operationen, die Sie durchgemacht haben.

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Was wünschen/erwarten Sie sich von meiner Behandlung?**

---

Bitte senden Sie mir den ausgefüllten Anamnesebogen bis 1 Woche vor dem Behandlungstermin zu,

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit, Ihre Zeit und Ihr Vertrauen.

Per Mail an: [praxis@nhp-jung.de](mailto:praxis@nhp-jung.de)

Per Post an:

Naturheilpraxis  
Sabine Jung  
Ernst-Essich-Weg 19  
74321 Bietigheim-Bissingen

Naturheilpraxis Sabine Jung  
Tel: 0170/2817823

74321 Bietigheim  
[www.nhp-jung.de](http://www.nhp-jung.de)

## Teil 2 – Hormone Frauen

### Thema Pubertät und danach

Wie alt waren Sie, als Sie das erste Mal Ihre Regelblutung bekamen? \_\_\_\_\_  
 Wie oft hatten/haben Sie **Menstruationskrämpfe**? o manchmal o oft o jedes Mal  
 Wie lange dauerten diese? \_\_\_\_\_Stunden \_\_\_\_\_Tage  
 Wie halfen Sie sich dabei? \_\_\_\_\_  
 Welche anderen Symptome hatten Sie als Teenager des Öfteren zu spüren bekommen?  
 (z.B. Verdauungsbeschwerden, Akne, Asthma, andere Hautprobleme)

Was haben Sie damals dagegen unternommen?  
 \_\_\_\_\_

Wie alt waren Sie als Sie mit aktiver Sexualität begannen? \_\_\_\_\_  
 Wie wurde in frühen Jahren (bis 20) **verhütet**? \_\_\_\_\_  
 Hatten Sie damals mit **Gewichtproblemen** zu kämpfen? o Übergewicht o Untergewicht  
 Hatten Sie jemals mit **Bulimie** zu kämpfen? O ja O nein  
 Wenn ja: über \_\_\_\_\_Monate \_\_\_\_\_Jahre  
 Waren Sie zeitweise von **Magersucht** betroffen? O ja O nein  
 Falls ja, wie lange? \_\_\_\_\_  
 Können Sie aus heutiger Sicht einschätzen wo die Ursachen dazu lagen?

Welche **Diäten** haben Sie versucht? \_\_\_\_\_  
 Gab es auffällige Symptome in Ihren Lebensjahren zwischen 20 – 30?  
 \_\_\_\_\_

### Thema Kinder

Wie viele **Kinder** haben Sie geboren? \_\_\_\_\_ Sind **Zwillinge** dabei? O ja O nein  
 Davon wie viele **Frühgeburten**? \_\_\_\_\_  
 1) \_\_\_\_\_ Wochen vor Termin, 2) \_\_\_\_\_ Wochen vor Termin  
 Wie viele **Einleitungen**? \_\_\_\_\_ Wie viele **Kaiserschnitte**? \_\_\_\_\_  
 Wie viele **Abtreibungen**? \_\_\_\_\_ in Schwangerschaftswoche ? \_\_\_\_\_  
 Wie viele **Abgänge**? \_\_\_\_\_ in Schwangerschaftswoche ? \_\_\_\_\_  
 Wie alt waren Sie bei der Geburt (beim Abgang) Ihrer Kinder?  
 Wenn möglich auch die nicht ausgetragene Kinder dabei nennen:  
 1) \_\_\_\_\_ 2) \_\_\_\_\_ 3) \_\_\_\_\_ 4) \_\_\_\_\_ 5) \_\_\_\_\_ 6) \_\_\_\_\_

In welcher Schwangerschaft hatten Sie Probleme? (Ü=Übel, Ä=Ängste, D=Diabetes,  
 1) \_\_\_\_\_ 2) \_\_\_\_\_ 3) \_\_\_\_\_ 4) \_\_\_\_\_ 5) \_\_\_\_\_ 6) \_\_\_\_\_

Nach welcher Geburt hatten Sie eine Wochenbett-Depressionen?  
 1) \_\_\_\_\_ 2) \_\_\_\_\_ 3) \_\_\_\_\_ 4) \_\_\_\_\_ 5) \_\_\_\_\_ 6) \_\_\_\_\_

Wie viele Monate haben Sie Ihre Kinder voll / teilweise **gestillt**? z.B. (voll=) 5 / 2 (=teil)  
 Wenn sie überhaupt nicht voll, sondern nur 3 Monate teilweise gestillt haben: z.B. 0 / 3  
 1) \_\_\_\_\_ 2) \_\_\_\_\_ 3) \_\_\_\_\_ 4) \_\_\_\_\_ 5) \_\_\_\_\_ 6) \_\_\_\_\_

## Unerfüllter Kinderwunsch?

Seit wann bemühen Sie sich um ein Kind? \_\_\_\_\_ Monate \_\_\_\_\_ Jahre

Welche Untersuchungen wurden gemacht?

Medikamente?

Eingriffe?

Haben Sie Temperaturkurven geführt? (Bitte Kopien mitschicken!)  ja  nein

Wurde die Schilddrüse untersucht  ja  nein

Wurde ein Sperma-Test bei Ihrem Mann gemacht?  ja  nein

Falls Ja: Ergebnis: \_\_\_\_\_

Kennen Sie die Bedeutung von Estriol und Progesteron für die Schwangerschaft?  ja  nein

## Thema Verhütung / Prämenopause / Wechseljahre

Welche **Verhütungsmethode** wenden Sie z.Z. an? \_\_\_\_\_

Seit: \_\_\_\_\_

Sind Sie von **Endometriose** (tagelange Regelkrämpfe) betroffen?  ja  nein

Wie viele Tage hat Ihr durchschnittlicher **Zyklus** (nicht nur Blutung)? \_\_\_\_\_ Tage

Kommen Ihre Zyklen noch regelmäßig?  ja  nein

**Frieren** Sie leicht?  ja  nein

Können Sie ohne weiteres Rollkragenpullis tragen?  ja  nein

Haben Sie spürbar **trockene Haut**?  ja  nein wo besonders \_\_\_\_\_

Macht Ihnen Sex im Gegensatz zu früher weniger Spaß  ja  nein

An welchen Zyklustagen fällt Ihnen **Sex** am leichtesten? \_\_\_\_\_

An welchen am schwersten? An Zyklustagen \_\_\_\_\_ selten \_\_\_\_\_ immer

Mein **Blutdruck** ist im Allgemeinen \_\_\_\_\_ o zu hoch o zu niedrig

Wurden beim Zervixabstrich (**Krebstest**) unnormale Werte festgestellt? \_\_\_\_\_ mal Wert \_\_\_\_\_

Wie oft waren Sie insgesamt bei der **Mammographie**? ca. \_\_\_\_\_ mal

Wurde jemals bei Ihnen schon ein **Myom** festgestellt?  ja  nein

Hatten, haben Sie **Zysten**?  ja  nein Wo? \_\_\_\_\_

Haben Sie noch Ihre **Gebärmutter**?  ja  nein

Haben Sie noch o den rechten und o linken **Eierstock**?

Haben Sie mit **Hitzewallungen** zu kämpfen?  ja  nein

Wie alt waren Sie als Ihre **Zyklen kürzer** wurden? \_\_\_\_\_ Jahre

Wie alt waren Sie als das erste Mal die **Regel aussetzte**? \_\_\_\_\_ Jahre

Wie alt waren Sie als die Regel das **letzte Mal** eintraf? \_\_\_\_\_ Jahre

Haben Sie manchmal das Gefühl, dass die **Blasenmuskeln** nicht 100% schließen?  ja  nein

Praktizieren Sie **Beckenbodengymnastik**?  ja  nein Wie lange pro Tag? \_\_\_\_\_ Minuten

## Thema Umwelt

Benutzen Sie in den letzten 2 Jahren **oft**:

Pilzsprays (Pflanzen, Badezimmer, Schlafzimmer, Schwimmbad - oder für die Füße)?

Wenn ja, welche?

---

Schädlingsvernichtungsmittel gegen Läuse, Ameisen oder andere Pflanzenschutzmittel?  
Welche?

---

**Desinfektionsmittel** (in Handseife, Spülseife, Waschlotionen, Reinigungsmitteln...) Welche?

---

Haben Sie im Beruf regelmäßig mit folgenden Desinfektionsmitteln/Ausdünstungen/  
Chemikalien zu tun:

- |  |                                     |   |  |
|--|-------------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> Reinigungschemikalien | <input type="checkbox"/> Sprays     | <input type="checkbox"/> Lacke          | <input type="checkbox"/> Abbeize               |
| <input type="checkbox"/> Druckertinte          | <input type="checkbox"/> Folien     | <input type="checkbox"/> Plastik        | <input type="checkbox"/> Schädlingsvernichtung |
| <input type="checkbox"/> Verbrennung           | <input type="checkbox"/> Klebstoffe | <input type="checkbox"/> (Außen-)Farben | <input type="checkbox"/> Sonstiges _____       |

Haben Sie in den vergangenen 2 Jahren neue Möbel oder Fußbodenbeläge erhalten?

Welche Art?

Verwenden Sie Weichspüler?

ja  nein

Benutzen Sie des öfteren Nagellack und Nagellackentferner?

ja  nein

Welche Hautcremes benutzen Sie? \_\_\_\_\_

Welche Gesichtsseife, Körperseife, Kosmetika benutzen Sie? \_\_\_\_\_

Wie viele Zigaretten pro Tag rauchen Sie? \_\_\_\_\_

Raucht Ihr Partner im Haus?

ja  nein

Welche Zahnpasta verwenden Sie? \_\_\_\_\_

Welches Deo verwenden Sie? \_\_\_\_\_

Wie oft tönen oder färben Sie sich im Jahr die Haare? \_\_\_\_\_

## Thema Ernährung

Was beinhaltet Ihr typisches **Frühstück**? \_\_\_\_\_

Wann essen Sie mittags? \_\_\_\_\_

regelmäßig

unregelmäßig

Bevorzugen Sie Schnellimbiss?

ja  nein

Kochen Sie selbst?

ja  nein

Gehen Sie in die Kantine?

ja  nein

Wie oft Brote \_\_\_\_\_

Früchte \_\_\_\_\_

Salat \_\_\_\_\_

Haben Sie am Vormittag eine regelmäßige Zwischenmahlzeit, welche?

Welche zuckerhaltige Köstlichkeit essen Sie am liebsten?

Was essen Sie sonst am Nachmittag?

Ich esse mit:  großem Appetit  wenig Appetit  hastig  mit Genuss  dankbar

Was gehört zu Ihrem typischen Abendessen? \_\_\_\_\_

Wann essen Sie abends: ca. \_\_\_\_ Uhr

Was essen Sie zwischen Abendessen und dem Zubettgehen?

Wie viele Esslöffel kalt gepresstes Öl pro Tag erhält Ihre tägliche Nahrung? \_\_\_\_ EL