

**Bitte füllen Sie den Fragebogen aus und bringen ihn zum ersten Gespräch mit  
oder faxen Sie ihn an die Vitalpraxis 040. 47 19 56 67**

Name \_\_\_\_\_ Geb Dat \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Beruf \_\_\_\_\_  
Anschrift \_\_\_\_\_ Kinder \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Mail \_\_\_\_\_  
Tel \_\_\_\_\_ KV Versich \_\_\_\_\_  
Partner x allein x Beihilfe \_\_\_\_\_

**Größe** cm / **Körpergewicht** kg / **Blutgruppe** 0 A B AB

**Wie haben Sie von der Vitalpraxis erfahren?**

>

**Ihr Wunsch an die Vitalpraxis?**

>

**Ihre jetzigen Beschwerden**

>

>

>

**bisherige Behandlungen**

>

>

>

**Medikamenteneinnahme**

> Pille ja / nein  
> ASS ja / nein  
> Ibuprofen ja / nein wie oft  
> Diclofenac ja / nein wie oft

>

>

>

**Allergien**

>

>

---

### Krankheitsgeschichte

- >
- >
- >
- >
- >

### wichtige Krankheiten in der Familie

- >
- >

### Impfungen

- >
- >

### Infektionskrankheiten Urlaube im Ausland

- >
- >

### Schmerzen

> Stärke 1-10

> wo

- > täglich ja / nein
- > Wärme ist gut ja / nein
- > Kälte ist gut ja / nein

### Lebensgefühl

- >
- >

### Sexualität

- > gerne
- > keine Lust dazu

---

### Stresseinflüsse

> Beruf

> Familie/ privat

### ein typischer Tag

> morgens

> mittags

> nachmittags

> abends

> Wochenende

### 2 Hauptgefühle zur Zeit

- > traurig, besorgt, schwermütig, launisch
- > erregbar, cholerisch, reizbar, hyperaktiv, ärgerlich
- > glücklich, fröhlich, zufrieden, humorvoll
- > introvertiert, lethargisch, ängstlich
- > nervös, hysterisch, wechselnd

### Schlaf

- > ein gut ja / nein
- > durch gut ja / nein
- > wie viele Stunden Std
- > morgens erholt ja / nein

### Schwitzen

- > stark ja / nein
- > nachts ja / nein
- > Geruch Beschreibung:

### Sport

- > 1 / 2 / 3 x pro Woche
- joggen / Geräte / Yoga, Feldenkrais, Pilates, TaiQi / Qigong/ Fussball / .....

### Kopf

- > Tinnitus ja / nein rechts / links seit wann
- > Schwindel ja / nein Dreh x Schwank x Seite x seit wann
- > Neuralgien, Kribbeln ja / nein
- > Migräne, Kopfschmerz ja / nein wie oft seit wann

- > **Augen** Entzündung x Grauer Star x Grüner Star x
- > **Nase, Nebenhöhlen** akut ja / nein ständig ja / nein
- > **Hals, Tonsillen** akut ja / nein ständig ja / nein

- > **Schilddrüse** Unterfunktion ja / nein Überfunktion ja / nein  
Hashimoto ja / nein

### Zähne

- > Metalle Keramik x Gold x Amalgan x
- > Wurzelbehandlungen ja / nein Anzahl wo
- > Mundgeruch ja / nein

### Herz

- > Blutdruck /
- > Unruhe, klopfen ja / nein
- > Enge ja / nein

### Lunge

- > Erkältungsneigung ja / nein wie oft im Jahr
- > Asthma ja / nein
- > Husten ja / nein
- > husteln, kratzen ja / nein
- > Rauchen ja / nein

### Leber, Galle, Bauchspeicheldrüse

- > Druckgefühl im Oberbauch rechts x mittig x links x
- > Gallensteine ja / nein
- > Einnahme von Enzymen ja / nein

### Darm

- > Stuhlgang täglich ja / nein
- > Konsistenz fest ja / nein
- > stinkt ja / nein

### Magen

- > Appetit ja / nein
- > Völle ja / nein
- > Übelkeit ja / nein
- > Säureblocker ja / nein

### Ernährungsgewohnheiten

- > Vegetarisch ja / nein Fisch x Eier x Milch x  
> Vegan ja / nein  
> Fleisch ja / nein wie oft  
> Trinkmenge ohne Kaffee Liter  
> Alkohol ja / nein täglich Wein x Bier x

### Haut

- > Neurodermitis x Psoriasis x Ekzeme x  
>

### Arme, Beine

- > kribbeln ja / nein  
> zittern ja / nein  
> Ödeme ja / nein  
> leicht blaue Flecken ja / nein

### Rücken

- > Bandscheibenvorfall ja / nein HWS BWS LWS  
> Skoliose ja / nein  
> Schmerzen ja / nein wo

### Füße

- > Bänderriss ja / nein rechts / links Jahr  
> Einlagen ja / nein seit wann  
> Hallux valgus ja / nein OP ja / nein

### Gelenke

- > Schulter Schmerzen ja / nein OP ja / nein / Jahr  
> Hüfte Schmerzen ja / nein OP ja / nein / Jahr  
> Knie Schmerzen ja / nein OP ja / nein / Jahr  
> Physio Therapie zur Zeit ja / nein

### Niere

- > Nierensteine ja / nein

### Blase

- > Reizblase ja / nein  
> Entzündungen ja / nein wie viele im Jahr

### Menstruation

- > Zyklus Tage  
> Stärke der Blutung stark x mittel x schwach x  
> Dauer Tage  
> Blutkonsistenz dunkel x klumpig x hellrot x  
> Schmerzen 1-10 Schmerzmittel ja / nein Ibuprofen ja / nein