

Neuraltherapie
regulative Therapiekonzepte
Schmerzkrankheiten
Allergien
chronische Infektionskrankheiten
rheumatisch - degenerative Erkrankungen

Reinhard Köller

Arzt für Allgemeinmedizin und Naturheilverfahren

www.praxis-koeller.de

Der folgende Fragebogen ist eine Hilfe für eine qualitativ hochwertige Bearbeitung Ihrer gesundheitlichen Probleme. Er wird von Ihnen freiwillig ausgefüllt, keiner verpflichtet Sie hierzu.

Fragen zu Ihrer Krankenvorgeschichte, zu Ihrem persönlichen Risikoprofil sowie Ressourcen zur Gesundheitsförderung

Name		Geb.-datum	
Größe:	Gewicht:	Geschlecht: w <input type="checkbox"/>	m <input type="checkbox"/>
Beruf: _____	Krankenkasse: _____		
Anschrift: _____			
Tel.:	Fax:	email:	
ggf: Überweisender Arzt: _____			
bisher ausgeübte berufl. Tätigkeiten: _____			
Bekannte umweltmedizinische Belastungen: _____			
Welche medizinischen Fachrichtungen haben Sie bisher in Anspruch genommen?			
Hausarzt <input type="checkbox"/>	Internist <input type="checkbox"/>	Orthopäde <input type="checkbox"/>	Chirurg <input type="checkbox"/>
Augenarzt <input type="checkbox"/>	HNO <input type="checkbox"/>	Hautarzt <input type="checkbox"/>	Nervenarzt <input type="checkbox"/>
Urologe <input type="checkbox"/>	Kinderarzt <input type="checkbox"/>	Zahnarzt <input type="checkbox"/>	Frauenarzt <input type="checkbox"/>
Psychiater <input type="checkbox"/>	Röntgenarzt <input type="checkbox"/>	Psychosomatische Behandlung <input type="checkbox"/>	Homöopathie <input type="checkbox"/>
Akupunktur / TCM <input type="checkbox"/>	Neuraltherapie <input type="checkbox"/>	Heilpraktiker <input type="checkbox"/>	Arzt für Naturheilverfahren <input type="checkbox"/>

Klinikaufenthalte mit Zeitangabe:

Nennen Sie bitte stichwortartig **Ihr aktuelles Problem** / Ihre wesentlichen Probleme, für die Sie sich eine deutliche Besserung wünschen – möglichst mit Jahreszahlen, wann das / die jeweiligen Probleme das allererste Mal auftraten und wann sich wesentliche Veränderungen einstellten:

Gibt es Bedingungen, die Ihre Beschwerden bessern oder verschlechtern?

Welche Medikamente nehmen Sie aktuell:

Welche Erkrankungen traten in der Vergangenheit auf, die inzwischen abgeschlossen sind oder bis in die Gegenwart behandelt werden?

Welche Medikamente haben Sie über einen längeren Zeitraum [> 3 Wochen oder Jahre] in der Vergangenheit eingenommen (incl. Hormonpräparate / Pille):

Welche wesentlich durch vererbare Gendefekte bedingten **Erbkrankheiten**¹ kommen in Ihrer Familie vor?

Haben Ihre **Eltern oder Geschwister** bereits vor dem 65. Lebensjahr eine der folgenden Krankheiten bekommen:

Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus)
Herzinfarkt Bluthochdruck / Hypertonus
Schlaganfall Augenkrankheit Welche: _____

Schwere Fettstoffwechselstörung
Bösartige Tumorkrankheit / Krebs Welche: _____

Psychische Erkrankung

Sind Sie **geimpft** worden [Zutreffendes bitte ankreuzen]? Haben Sie einen laufend geführten Impfpass, den Sie mitbringen können?

Poliomyelitis Tetanus Diphtherie Hepatitis A Hepatitis B Röteln
Masern Mumps Keuchhusten / Pertussis Hämophilus infl. Tbc / Tuberkulose
 Typhus Meningokokken – Meningitis Zecken – FSME Gelbfieber Grippe /
Influenza Corona Virus

Sind Sie jemals operiert worden? An welchen Organen? [frei formulieren oder ggf. ankreuzen]

Mandeln Blinddarm Kiefernhöhlen Stirnhöhle Ohr Gallenblase
Gebärmutter Eierstöcke Samenleiter Nieren Schilddrüse

Haben Sie sich Knochenbrüche zugezogen? An welchen Gliedmaßen:

Haben Sie Narben von früheren Verletzungen / Schnittwunden etc.?

Wo: _____

¹ **Beispiele sind:** Bluterkrankheiten, bestimmte vererbare Formen der Blutarmut wie Sichelzellanämie oder Glukose-6-Phosphat Dehydrogenasemangel, vererbare Neurologische Krankheiten wie Muskelatrophien, Neurofibromatose Recklinghausen oder Chorea Huntington, vererbare Stoffwechselstörungen wie hered. Fructoseintoleranz, Mukoviszidose, vererbare Störungen des Immunsystems wie die Agammaglobulinämie, usw.

Welche Narben merken Sie bei Wetterwechsel oder in Stress-Situationen?

Betreiben Sie regelmäßig oder unregelmäßig Sport?

1x 2x 3x pro Woche?

Ausdauersport: _____

Muskuläres Aufbautraining: _____

Dehnübungen / Entspannungsübungen / Yoga etc.: _____

Haben Sie als Jugendlicher / Erwachsener **Erkrankungen** gehabt, deren halben Sie länger als 4 Wochen krank geschrieben waren bzw. Ihrer Tätigkeit nicht nachgehen konnten?

Hatten Sie **als Kind** gehäuft wiederkehrende Infekte oder andere chronische Erkrankungen, die spätestens mit der Pubertät verschwunden sind?

Welche **Kinderkrankheiten**² haben Sie durchgemacht?

Mussten Sie – soweit Ihnen bekannt - bereits **in den ersten 12 Lebensmonaten** Medikamente – z.B. Antibiotika - schlucken?

Welche Behandlungen wurden bisher im **Zahnbereich** durchgeführt?

- Wurden Zähne gezogen (incl. Weisheitszähne oder bleibende Zähne zur Kieferregulierung)?
- Wurden Zähne wurzelbehandelt (Wurzelfüllung, Wurzelspitzenresektion...)?
- Haben Sie Füllungen, Inlays, Kronen, Brücken, Teleskope, Prothesen, Implantate?
- Welche Metalle wurden verwendet?
- Sonstige Probleme im Zahn- Mund- Kieferbereich? Chron. Entzündungen?
- Nehmen Sie an Zahnprophylaxe-Programmen teil?

² Gemeint sind: Typische Infektiöse Kinderkrankheiten wie Keuchhusten, Scharlach, Mumps, Masern, Röteln, Windpocken, heftigere infektiöse Durchfallerkrankungen mit Nachweis von Salmonellen oder anderen Erregern etc, infektiöse Leber- und Lungenkrankheiten wie Hepatitis oder Tuberkulose, andere Kinderkrankheiten...

- Gibt es aktuelle (nicht älter als zwei bis drei Jahre) Röntgenbilder der Zähne, insbesondere Zahn-Panoramaaufnahmen (OPG / PSA)? **Können Sie die aktuellste Röntgenaufnahme** [und ggf. auch ältere zum Vergleich] **zum Vorstellungstermin mitbringen?**

Leiden Sie an rheumatischen Erkrankungen / Erkrankungen der Muskeln und / oder der Gelenke?

Entzündliche oder eher degenerative Gelenkprobleme?

Wirbelsäule: HWS BWS LWS Kreuzbein Kreuz-Darmbein-Gelenke
Steißbein Schultern Hüften Kniee Sprunggelenke Zehen
Handgelenke Finger _____

Gibt es Hauterkrankungen oder allergische Erkrankungen, unter denen Sie leiden?

Heuschnupfen Asthma Nahrungsmittelallergien NM-Unverträglichkeiten

Hauterkrankungen: _____

Unter welchen weiteren **Krankheiten**³ leiden Sie derzeit oder litten Sie in der Vergangenheit, die Sie eingangs bzw. bis jetzt noch nicht schilderten?

Mit einer ehrlichen Antwort helfen Sie sich, mit mir gemeinsam Ihr Risikoprofil präziser erarbeiten zu können:

- Nehmen oder nahmen Sie regelmäßig oder unregelmäßig **Drogen** zu sich?
- **Rauchen** Sie oder haben Sie geraucht? Wieviel?
- Welche **alkoholischen** Getränke trinken Sie?

Am Tag:

oder in der Woche:

Wie ernähren Sie sich?

Essen Sie mehr als einmal pro Woche eine Mahlzeit in Restaurants / Imbiss/ Gaststätten etc.?

Verzehren Sie regelmäßig Fertiggerichte?

Was essen Sie in der Regel morgens?

³ Incl. alle Krankheiten, die nur zeitweise Beschwerden bereiten wie saisonale Allergien, Migräne, anfallsweise auftretende Herz-Rhythmusstörungen, Immunerkrankungen, wiederkehrende Infekte etc...

Was essen Sie üblicherweise zu einer Warmmahlzeit? Wann essen Sie am Tag warm?

Fleisch Fisch Gemüse Salat Kartoffeln / Reis / Nudeln

Sonstiges:

Was essen Sie abends bzw. zur 3. Mahlzeit am Tag?

Was und wie viel trinken⁴ Sie am Tag?

Verzehren Sie gerne Süßigkeiten, Lakritz, Kaugummi etc? Auf welchen Verbrauch kommen Sie pro Woche?

Verzehren Sie gerne Salzgebäck, Nüsse, Chips etc? Welche Menge, pro Woche, kommt schätzungsweise zusammen?

Nehmen Sie irgendwelche Nahrungsergänzungstoffe zu sich (Vitamine, Mineralien, Spurenelemente, sonstige Supplements) - Welche? _____

Leiden Sie unter kontinuierlichen seelischen Belastungen, ungelösten Konflikten bzw. permanentem seelischen Stress [in Familie – Beruf – Partnerschaft – Sonstige Felder]

Leiden Sie derzeit oder litten Sie in der Vergangenheit an einer psychischen Erkrankung? Nahmen oder nehmen Sie diesbezüglich Psychopharmaka ein oder eine psychotherapeutische / seelsorgerliche Hilfe in Anspruch?

⁴ Gemeint **sind alle nicht-alkoholischen Flüssigkeiten**, die Sie zu sich nehmen – wie Leitungswasser, Mineralwasser (welche Quelle), Softdrinks wie Cola (light), Fanta (light), Tonic Water etc, Kaffee, Tees (schwarzer, grüner Tee, Rotbusch, Kräutertees, spez. Sorten etc), Milch, Obstsäfte, ... Nicht gemeint sind alkoholische Getränke. Darüber haben Sie ja schon vorher Ihre Angaben gemacht.

Einige Fragen zum vegetativen Befinden / Störungen:

Wie lange schlafen Sie im Schnitt pro Tag? Haben Sie Einschlaf- oder Durchschlafstörungen?

Haben Sie Probleme mit dem Stuhlgang?:

Ist Ihr Stuhlgang eher hart oder weich / breiig?

Oder sogar manchmal wässrig?

Welche Farbe hat Ihr Stuhlgang?

Wirkt er teilweise schwer und fettig?

Haben Sie schon mal Blutbeimengungen oder Schleim bemerkt?

Haben Sie Probleme beim Wasserlassen / Urinieren?

Nachtröpfeln? Reizblase? Urin geht beim Husten / Niessen unwillkürlich ab?

Sie verlieren unwillkürlich Urin, wenn Sie nicht ganz schnell zur Toilette kommen?

Ist der Urin manchmal blutig?

Müssen regelmäßig nachts Wasser lassen? Wie häufig?

Gibt es Probleme im Bereich Sexualität?

Bei Frauen: Wann kam Ihre erste Regel (Menarche)?

Haben Sie / hatten Sie regelmäßige Monatsblutungen?

Seit wann haben Sie keine Regel mehr?

Leiden Sie unter klimakteriellen Beschwerden?

Sonstige bekannte hormonelle Störungen [Schilddrüse, Nebennieren, Hypophyse, Nebenschilddrüse, Bauchspeicheldrüse ...]

Welche wesentlichen Untersuchungen⁵ sind bisher bei Ihnen vorgenommen worden? Mit welchem Ergebnis? Bitte ggf. Befundkopien nachreichen / mitbringen.

⁵ Gemeint sind alle Labor- /Blutuntersuchungen, Hormonuntersuchungen, apparative Untersuchungen wie Röntgen, Ultraschall, EKG, Katheteruntersuchungen, Bauchhöhlenspiegelungen, Gewebeproben, Knochendichtemessungen etc...

Haben Sie an regelmäßigen Vorsorgeuntersuchungen teilgenommen?

Seit wann?

In welchen Abständen?

Wann zuletzt?

Welche Vorsorge-Untersuchungen wurden durchgeführt:

Darmspiegelung

Urologische Vorsorge incl. PSA Bestimmung und Ultraschall Prostata

Gynäkologische Vorsorge incl. Mammografie und Abstriche Gebärmutterhals

Sonografie Bauchraum und Gefäße

Hautkrebsvorsorge

Augenärztliche Vorsorge

Knochendichtemessung

Untersuchung des Herzens mittels EKG und Belastungs-EKG (Ergometrie), Ultraschall (Echokardiografie) oder anderen Verfahren?

Optionale Zusatzfragen zu Beruf, Familie, Hobbies, Soziale Einbindung:

(Fragen müssen nicht ausgefüllt werden. Für ein abgerundetes Gesamtbild ist es aber sehr hilfreich. Im Grunde gilt ja: Körper, Seele und Geist bilden eine Einheit und: Der Mensch ist ein Beziehungswesen...)

Sind Sie ledig oder leben Sie in einer festen Partnerschaft / Ehe?

Haben Sie Kinder? Sind die Kinder gesund?

Haben Sie regelmäßig Kontakt zu

- zu Ihren Eltern
- zu Ihren Kindern
- zu Freunden / Bekannten
- näheren Verwandten

Wie viele Stunden pro Woche arbeiten Sie im Schnitt in dem / den Beruf(en)?

Sind Sie derzeit weder selbstständig noch in fester Anstellung?

Haben Sie einen Rentenantrag gestellt oder läuft ein entsprechendes Verfahren?

Welchen Hobbys gehen Sie regelmäßig aktiv nach?

Sind Sie ehrenamtlich tätig?

Sind Sie religiös⁶ engagiert oder verankert?

Welche Informationen möchten Sie noch ergänzen? Welche Fragen haben Sie noch?

Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!

Damit helfen Sie mir, einen hinreichend ausführlichen Überblick über Ihre bereits durchgemachten Erkrankungen, Ihre gesundheitlichen Gefährdungen und Ihr bereits verwirklichtes Potential zur Gesundheitsförderung zu erhalten.

Bringen Sie den ausgefüllten Fragebogen bitte in die Praxis mit. Die Informationen helfen, Ihre aktuellen Beschwerden gezielter behandeln zu können.

Denken Sie bitte daran, **auch** aussagekräftige **medizinische Befunde** wie Blutbefunde, Arztbriefe, Krankenhausentlassungsberichte, Reha-Berichte, Röntgenbilder incl. eine Zahnpanoramaaufnahme **mitzubringen**.

⁶ Gemeint ist die (regelmäßige) Teilnahme an religiösen Veranstaltungen oder Festen, regelmäßiges Lesen in religiösen Schriften, Gebet, Meditationen, religiöse Einkehrzeiten etc...