

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

**Vor- und Nachname**

**Geburtsdatum**

Größe:                      Gewicht:                      Geschlecht:    **w**     **m**     **d**

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  Internist  Orthopäde  Chirurg  Augenarzt   
HNO  Hautarzt  Nervenarzt  Urologe  Kinderarzt   
Zahnarzt  Frauenarzt  Psychiater  Röntgenarzt   
Psychosomatische Behandlung  Homöopathie  Akupunktur / TCM   
Neuraltherapie  Heilpraktiker  Arzt für Naturheilverfahren

Neuraltherapie  
regulative Therapiekonzepte  
Schmerzkrankheiten  
Allergien  
chronische Infektionskrankheiten  
rheumatisch - degenerative Erkrankungen

## Reinhard Köller

Arzt für Allgemeinmedizin und Naturheilverfahren

[www.praxis-koeller.de](http://www.praxis-koeller.de)

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

---

---

---

Welche wesentlich durch vererbare Gendefekt bedingte **Erbkrankheiten**<sup>1</sup> kommen in Ihrer Familie vor?

---

---

---

<sup>1</sup> **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.

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  SARS-CoV-2

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: \_\_\_\_\_

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, die Sie **länger als 3 Wochen** zur regelmäßigen Medikamenteneinnahme verpflichteten, derenthalb Sie länger als 4 Wochen krankgeschrieben 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**<sup>2</sup> 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?
- 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?**

---

<sup>2</sup> 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...

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**<sup>3</sup> 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 Malzeit in Restaurants / Imbiss/ Gaststätten etc.?

Verzehren Sie regelmäßig Fertiggerichte?

Was essen Sie in der Regel morgens?

---

<sup>3</sup> 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 trinken<sup>4</sup> 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, sonstigen 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?

---

<sup>4</sup> 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, Obstsaft, ... 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 Sie regelmäßig nachts Wasserlassen? 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 Untersuchungen<sup>5</sup> sind bisher bei Ihnen vorgenommen worden? Mit welchem Ergebnis? Bitte ggf. Befundkopien nachreichen / mitbringen.

---

---

---

<sup>5</sup> 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?

Kennen Sie das Programm zur Vorsorge von Darmkrebs?

Welche Vorsorge-Untersuchungen wurden durchgeführt [Blut- und Urinuntersuchungen, körperliche Untersuchung, Darmspiegelung, PSA Bestimmung und Ultraschall Prostata, Mammografie und Abstriche Gebärmutterhals, Stuhlteste, Sonografie Bauchraum und Gefäße, Knochendichtemessung etc. ...]?

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 religiös<sup>6</sup> 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**.

---

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