

Gesundheitscheck

Nehmen Sie sich kurz Zeit für Ihre Gesundheit – es lohnt sich! Nach der Übermittlung des Gesundheitsfragebogens nehmen wir mit Ihnen Kontakt auf und präsentieren Ihnen einen Therapievorschlag.

Kundendaten (bitte in Druckbuchstaben ausfüllen)

Name	Vorname	
.....	
Strasse	Telefon	Email
.....
PLZ/Ort	Geburtsdatum	Grösse Gewicht
.....

Beratungstermin

- Mail
- Telefon: Wann sind Sie am besten erreichbar?
- Drogerie: Wunschtermin
- Praxis: Terminvereinbarung per Telefon: T 071 787 38 28

Welches Anliegen führt Sie zu uns?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Aktivität

Wie lässt sich Ihre Beschäftigungssituation am besten beschreiben?

- ausschliesslich sitzende oder liegende Lebensweise (z. B. alte oder gebrechliche Menschen).
- ausschliesslich sitzende Tätigkeit mit wenig oder keiner anstrengenden Freizeitaktivität (z. B. Büroangestellte, Feinmechaniker).
- sitzende Tätigkeit, zeitweilig auch zusätzlicher Energieaufwand für gehende und stehende Tätigkeiten (z. B. Laboranten, Kraftfahrer, Studierende, Fließbandarbeiter).
- überwiegend gehende und stehende Arbeit (z. B. Hausfrauen, Verkäufer, Kellner, Mechaniker, Handwerker, Polizist).
- körperlich anstrengende berufliche Arbeit (z. B. Bauarbeiter, Landwirte, Waldarbeiter, Bergarbeiter, Leistungssportler).

Wie oft in der Woche treiben Sie Sport und/oder eine sonstige anstrengende Tätigkeit (länger als 30 Minuten)?

- gar nicht
- 1-3 Mal
- 4 mal oder öfter

Ernährungsgewohnheiten

Wie oft konsumieren Sie Fleisch?

- nie
- selten
- regelmässig
- täglich
- täglich viel
- sehr viel

Wie oft konsumieren Sie Fisch?

- nie
- selten
- regelmässig
- täglich
- täglich viel
- sehr viel

Wie oft konsumieren Sie Eier?

- nie
- selten
- regelmässig
- täglich
- täglich viel
- sehr viel

Wie oft konsumieren Sie Milchprodukte?

- nie
- selten
- regelmässig
- täglich
- täglich viel
- sehr viel

Wie oft konsumieren Sie Obst, Salate oder Gemüse?

- nie
- selten
- regelmässig
- täglich
- täglich viel
- sehr viel

Wieviel Flüssigkeit trinken Sie pro Tag?

- weniger als 1 Liter
- 1-2 Liter
- 2-3 Liter
- mehr als 3 Liter

Konsumieren Sie Alkohol? (1 Glas Wein = 0.2 Liter, 1 Glas Bier = 0.5 Liter)

- nie
- selten
- ein Glas täglich
- 2-3 Gläser täglich
- mehr als 3 Gläser täglich

Rauchen Sie? Wenn ja, wieviel?

- nein
- weniger als 10 Zigaretten täglich
- 1 Packung täglich
- mehr als 1 Packung täglich
- mehr als 2 Packungen täglich

Wird in Ihrem Umfeld geraucht?

- nein
- ja

Leiden Sie unter einer Allergie oder Unverträglichkeit?

- nein
- Gluten
- Milch, Milchprodukte
- Früchte allgemein
- Zitrusfrüchte
- Blütenpollen, Heuschnupfen usw.
- Meeresfrüchte/Schalentiere

Diagnose

Leiden Sie unter Verstopfung?

- nein selten öfters (fast) immer

Leiden Sie unter Durchfall?

- nein selten öfters (fast) immer

Wurde eine Krebstherapie durchgeführt und abgeschlossen?

- nein ja

Könnte eine Stärkung des Immunsystems für Sie negative Folgen haben?(Transplantation, Einnahme von Immunsuppressiva usw.)

- nein ja

Ist einer der folgenden Erkrankungen zutreffend?

Bitte markieren Sie ausserdem die Erkrankung mit dem höchsten Leidensdruck.

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Akne | <input type="checkbox"/> Zustand nach Herzinfarkt |
| <input type="checkbox"/> Alzheimer, Demenz | <input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörungen |
| <input type="checkbox"/> Arteriosklerose | <input type="checkbox"/> Herzschwäche |
| <input type="checkbox"/> Arthrose (Gelenkverschleiss) | <input type="checkbox"/> Hyperaktivität |
| <input type="checkbox"/> (Bronchial-) Asthma | <input type="checkbox"/> Krebserkrankung (akut, in Behandlung) |
| <input type="checkbox"/> Blutfett-Stoffwechselstörung | <input type="checkbox"/> Makula-Degeneration |
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck _____ / _____ | <input type="checkbox"/> Migräne |
| <input type="checkbox"/> Bronchitis | <input type="checkbox"/> Multiple Sklerose (MS) |
| <input type="checkbox"/> Burnout-Syndrom | <input type="checkbox"/> Neurodermitis |
| <input type="checkbox"/> Chronisches Müdigkeits-syndrom (CFS) | <input type="checkbox"/> chronische Niereninsuffizienz |
| <input type="checkbox"/> Darmerkrankungen | <input type="checkbox"/> Osteoporose |
| <input type="checkbox"/> Depression | <input type="checkbox"/> Paradontitis |
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus (Typ 1) | <input type="checkbox"/> Parkinsonsche Krankheit |
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus (Typ 2) | <input type="checkbox"/> Potenzprobleme (erektile Dysfunktion) |
| <input type="checkbox"/> Epilepsie | <input type="checkbox"/> Psoriasis |
| <input type="checkbox"/> häufige Erkältungserkrankung | <input type="checkbox"/> Rheuma, entzündliche Erkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Fibromyalgie (Sehnen-, Muskelschmerz) | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung (Überfunktion) |
| <input type="checkbox"/> Gastritis | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung (Unterfunktion) |
| <input type="checkbox"/> Haarausfall, brüchige Nägel | <input type="checkbox"/> Tinnitus (Ohrengeräusche) |
| <input type="checkbox"/> Herpes (Zoster) | <input type="checkbox"/> Zöliakie |

Medikamente

Bitte kreuzen Sie an, welche Medikamente Sie regelmässig einnehmen:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Lipidsenker, Cholesterinsenker | <input type="checkbox"/> Ich nehme regelmässig hier nicht aufgeführte |
| <input type="checkbox"/> Antidiabetika bzw. Insulin | <input type="checkbox"/> Medikamente. |
| <input type="checkbox"/> Antihypertonika, Blutdrucksenkende Mittel | |
| <input type="checkbox"/> Diuretika, Mittel zur Wasserausscheidung | <input type="checkbox"/> Sonstige Medikamente: |
| <input type="checkbox"/> Antiadiposita, Mittel zur Gewichtsreduktion | |
| <input type="checkbox"/> Gichtmittel | |
| <input type="checkbox"/> Antidepressiva | |
| <input type="checkbox"/> Parkinsonmittel | |
| <input type="checkbox"/> Blutverdünner | <input type="checkbox"/> Weitere |
| <input type="checkbox"/> Hormone | <input type="checkbox"/> Diagnosen: |
| <input type="checkbox"/> Mikronährstoffpräparate | |

Für Frauen

Haben Sie Menstruationsbeschwerden? nein ja

Haben Sie Wechseljahresbeschwerden? nein ja

Haben Sie Libido Probleme? nein ja

Zykluslänge

01. bis 10. Tag

11. bis 17. Tag

18. bis 28. Tag

Kein Zyklus

wegen Hormontherapie (Pille, Minipille, Vaginalring, Hormonpflaster, Hormonspirale, etc.)

wegen Schwangerschaft

wegen Stillzeit

wegen Wechseljahre (Klimakterium, Menopause)

wegen Postmenopause (Senium)

Körperliche Verfassung

Können Sie gut schlafen?

(fast) nie selten manchmal häufig (fast) immer

Sind Sie ruhig und gelassen?

(fast) nie selten manchmal häufig (fast) immer

Sind Sie guter Laune?

(fast) nie selten manchmal häufig (fast) immer

Sind Sie voller Energie?

(fast) nie selten manchmal häufig (fast) immer

Fühlen Sie sich gestresst?

(fast) immer häufig manchmal selten (fast) nie

Sind Sie entmutigt und traurig?

(fast) immer häufig manchmal selten (fast) nie

Fühlen Sie sich in Ihrer Vitalität eingeschränkt?

(fast) immer häufig manchmal selten (fast) nie

Sind Sie niedergeschlagen oder ängstlich?

(fast) immer häufig manchmal selten (fast) nie

Sind Sie durch seelische Einschränkungen an normalen Tätigkeiten gehindert worden?

(fast) immer häufig manchmal selten (fast) nie