

Ganzheitlicher Gesundheitsfragebogen

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen möglichst sorgfältig aus. Je genauer Ihre Angaben sind, desto besser kann ich mich auf Ihren Termin vorbereiten und Sie individuell begleiten. Bitte senden Sie den ausgefüllten Bogen nach Möglichkeit vorab zu. Vielen Dank für Ihre Mithilfe.

Name:		Vorname:		Geb.-Datum:	
Straße + Hausnr.:		Postleitzahl:		Ort:	
E-Mail:		Tel. Festnetz:		mobil:	
Krankenkasse:		Größe:		Gewicht:	
				Hausarzt:	

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Überweisung durch: auf Empfehlung von:

Internet über: ☐ Therapeutenbewertungsportale ☐ Praxiswebsite ☐ Sonstiges:

Welches Anliegen führt Sie zu mir?

Erkrankungen der Familie

	Mutter	Vater	Geschwister
Bluthochdruck	☐	☐	☐
Diabetes	☐	☐	☐
Herzinfarkt	☐	☐	☐
Schlaganfall	☐	☐	☐
Krebserkrankung (welche?)	☐	☐	☐
Neurodermitis / Allergie / Asthma	☐	☐	☐
Depression / Nervenleiden	☐	☐	☐

Andere wichtige Erkrankungen: Mutter: Vater:

Mutter verstorben? ☐ nein ☐ ja Wann? Alter? Woran?

Vater verstorben? ☐ nein ☐ ja Wann? Alter? Woran?

Welche Erkrankungen gab oder gibt es bei Ihnen selbst und (seit) wann?

Bluthochdruck	seit:	Schilddrüsenerkrankung	seit:
Herzinfarkt	seit:	Nierenerkrankung	seit:
Koronare Herzkrankheit	seit:	Chron. Darmerkrankung	seit:
Schlaganfall	seit:	Lebererkrankung	seit:
Herzrhythmusstörungen	seit:	Rheuma	seit:
Thrombose	seit:	Hörsturz / Tinnitus	seit:
Lungenembolie	seit:	Depression / Nervenleiden	seit:
Diabetes mellitus	seit:	Neurodermitis	seit:
Asthma	seit:	Heuschnupfen	seit:
COPD / Emphysem	seit:	Andere Allergien	seit:
Reizdarm	seit:	Der letzte Allergietest war im Jahr	
Krebserkrankung	seit:	Wenn ja: welche?	

Welche anderen Erkrankungen gibt oder gab es bei Ihnen noch und (seit) wann?

Gab es Operationen, Unfälle/Verletzungen, insbesondere der Halswirbelsäule? (Wann? Was?)

Gab es bei früheren Laboruntersuchungen einmal Auffälligkeiten?

☐ noch nie oder ☐ auffällig war schon mal:
 ☐ Leberwerte ☐ Nierenwerte ☐ Blutzuckerwerte ☐ Blutarmut
☐ Cholesterin ☐ Entzündungswerte ☐ Schilddrüsenwerte ☐ Eisenmangel

Temperaturprotokoll (zusätzlicher Kundenwunsch)

Bitte notieren Sie die Temperatur: 5 Min. im Mund gemessen, morgens/mittags/abends. Frauen mit Zyklus bitte über 4 Wochen, Männer über 7 Tage.

Mo m mi a
 Di m mi a
 Mi m mi a
 Do m mi a

Fr m mi a
 Sa m mi a
 So m mi a

(fast) nie ab und zu häufig (fast) immer derzeit

Leiden Sie oder litten Sie früher schon einmal an folgenden Beschwerden?

	(fast) nie	ab und zu	häufig	(fast) immer	derzeit
Kalte Hände / Füße / Gesäßregion	☐	☐	☐	☐	☐
Husten	☐	☐	☐	☐	☐
Auswurf	☐	☐	☐	☐	☐
Schleimgefühl im Hals oder Rachen	☐	☐	☐	☐	☐
Verstopfte Nase / Naselaufen / Niesen	☐	☐	☐	☐	☐
Luftnot bei Anstrengung	☐	☐	☐	☐	☐
Luftnot in körperlicher Ruhe	☐	☐	☐	☐	☐
Engegefühl / Beklemmung der Brust	☐	☐	☐	☐	☐
Einschlafstörung	☐	☐	☐	☐	☐
Durchschlafstörung	☐	☐	☐	☐	☐
Schnarchen	☐	☐	☐	☐	☐
Nächtliche Atemauffälligkeiten / -pausen	☐	☐	☐	☐	☐
Nächtliches Wasserlassen	☐	☐	☐	☐	☐
Nächtliches Zähneknirschen	☐	☐	☐	☐	☐
Morgendliche Unausgeschlafenheit	☐	☐	☐	☐	☐
Müdigkeit am Tage	☐	☐	☐	☐	☐
Rasche Erschöpfung bei Anstrengung	☐	☐	☐	☐	☐
Konzentrationsstörung	☐	☐	☐	☐	☐
Gedächtnisstörung	☐	☐	☐	☐	☐
Schwindel	☐	☐	☐	☐	☐
Heißhungerattacken	☐	☐	☐	☐	☐
Appetitlosigkeit	☐	☐	☐	☐	☐
Mundgeruch	☐	☐	☐	☐	☐
Rückenschmerzen: Halswirbelsäule	☐	☐	☐	☐	☐
Rückenschmerzen: Lendenwirbelsäule	☐	☐	☐	☐	☐
Hüftprobleme / -schmerzen	☐	☐	☐	☐	☐
Knieprobleme / -schmerzen	☐	☐	☐	☐	☐
Sonstige Gelenkbeschwerden	☐	☐	☐	☐	☐
Muskel- oder Wadenkrämpfe	☐	☐	☐	☐	☐
Muskelschwäche	☐	☐	☐	☐	☐
Antriebslosigkeit / Lustlosigkeit	☐	☐	☐	☐	☐
Traurigkeit / Depressivität	☐	☐	☐	☐	☐
Ängste	☐	☐	☐	☐	☐
Vermehrtes Schwitzen tagsüber	☐	☐	☐	☐	☐
Vermehrtes Schwitzen nächtlich	☐	☐	☐	☐	☐
Kopfschmerzen	☐	☐	☐	☐	☐
Haarausfall	☐	☐	☐	☐	☐
Hautprobleme (Jucken, Rötung, Akne ...)	☐	☐	☐	☐	☐
Gehäuftes Wasserlassen	☐	☐	☐	☐	☐
Augentrockenheit	☐	☐	☐	☐	☐
Mundtrockenheit	☐	☐	☐	☐	☐
Wassereinlagerungen (Hände? Füße?)	☐	☐	☐	☐	☐

Infektanfälligkeit

Grippe / Erkältung u. ä. in den letzten 5 Jahren durchschnittlich mal pro Jahr

Blasenentzündungen in den letzten 5 Jahren durchschnittlich mal pro Jahr

Antibiotikabehandlungen (egal ob bei Erkältung, Blasenentzündung, Zahnproblemen, Operationen ...)

In den ersten 5 Lebensjahren insgesamt In den letzten 10 Jahren insgesamt

Verdauungsgewohnheiten und -beschwerden

Wie oft haben Sie Stuhlgang? mal pro Tag wenn nicht täglich mal pro Woche

Konsistenz des Stuhls überwiegend hart normal breiig Durchfall Wechselnd

	(fast nie)	ab und zu	häufig	(fast) immer	derzeit
Blähungen					
Bauchschmerzen/-krämpfe					
Völlegefühl					
Übelkeit					
Erbrechen					
Sodbrennen					
Saures Aufstoßen					
Vermehrtes Aufstoßen (nicht sauer)					

Rauchgewohnheiten

Ich bin Nichtraucher immer schon seit Jahren

Ich rauche durchschnittlich etwa Zigaretten pro Tag früher rauchte ich Zigaretten pro Tag

Veränderung Ihres Körpergewichts

Gewicht kaum verändert kg abgenommen kg zugenommen

Treiben Sie regelmäßig Sport?

mal pro Woche für ca. Minuten. Sportart

Zahnstatus / Amalgam

Tragen Sie aktuell noch Amalgamfüllungen?	nein	ja, ich habe	1-2	3-5	6-8	9 oder mehr	Füllungen
Hatten Sie früher Amalgamfüllungen, die inzwischen entfernt wurden?	nein	ja, ich hatte	1-2	3-5	6-8	9 oder mehr	Füllungen
Haben Sie Implantate?	nein	ja, ich habe	1-2	3-5	6-8	9 oder mehr	Implantate
Haben Sie Überkronte Zähne?	nein	ja, ich habe	1-2	3-5	6-8	9 oder mehr	ü. Zähne
Haben Sie Wurzelgefüllte / tote Zähne?	nein	ja, ich habe	1-2	3-5	6-8	9 oder mehr	wot Zähne

Wie oft essen / trinken Sie durchschnittlich folgende Nahrungsmittel?

	(fast nie)	ab und zu	häufig	(fast) immer	derzeit
Milch	☐	☐	☐	☐	☐
Quark	☐	☐	☐	☐	☐
Joghurt	☐	☐	☐	☐	☐
Käse	☐	☐	☐	☐	☐
Eier	☐	☐	☐	☐	☐
Brot / Brötchen	☐	☐	☐	☐	☐
Müsl	☐	☐	☐	☐	☐
Nudeln	☐	☐	☐	☐	☐
Kuchen	☐	☐	☐	☐	☐
Süßigkeiten	☐	☐	☐	☐	☐
Fleisch	☐	☐	☐	☐	☐
Fisch	☐	☐	☐	☐	☐
Wurst	☐	☐	☐	☐	☐
Gemüse	☐	☐	☐	☐	☐
Obst	☐	☐	☐	☐	☐
Kaffee	☐	☐	☐	☐	☐
Tee	☐	☐	☐	☐	☐
Wasser mit / ohne Kohlensäure	☐	☐	☐	☐	☐
Fruchtsäfte	☐	☐	☐	☐	☐
Coca Cola	☐	☐	☐	☐	☐
Süßgetränke	☐	☐	☐	☐	☐
Bier (Gläser)	☐	☐	☐	☐	☐
Wein (Gläser)	☐	☐	☐	☐	☐

Weitere Angaben

Wie viel Liter trinken Sie durchschnittlich pro Tag? Liter

Gibt es Nahrungsmittel, die Ihnen nicht gut bekommen?

Wie wurden Sie geboren? ☐ Spontane Geburt ☐ per Kaiserschnitt ☐ weiß ich nicht

Beziehungssituation: ☐ allein lebend ☐ geschieden ☐ verheiratet ☐ in fester Partnerschaft ☐ ich habe ☐ Kind/-er

Derzeitige berufliche Tätigkeit Wochenarbeitszeit: Std.

Medikamente und Nahrungsergänzungsmittel

Bitte notieren Sie alle aktuellen Medikamente und Nahrungsergänzungsmittel inklusive Sprays, Bedarfsmedikamente und verhütender Maßnahmen.
Bitte, wenn möglich, mit Mengenangabe (z. B. Ramipril 5 mg).

Medikament	morgens	mittags	abends	z. Nacht	nur bei Bedarf

Was erwarten Sie von meiner Behandlung?

Ergänzende Angaben bei onkologischen Themen

Diesen Zusatzbogen bitte nur ausfüllen, wenn onkologische Themen / Krebserkrankungen relevant sind.

Persönliche Zusatzangaben

Versicherung ☐ privat ☐ gesetzlich

Jetziger Beruf frühere Berufe

familienstand Kinder ☐ Religion Links- oder Rechtshänder ☐

Wer sind Ihre behandelnden Therapeuten?

Ernährung

Sind Sie? ☐ Vegetarier ☐ Veganer ☐ Rohköstler

Welche Fette/Öle benutzen Sie zum Salat? Und zum Braten?

Haben Sie schon einmal eine Diät gemacht? ☐ nein ☐ ja

Warum und wie erfolgreich?

Machen Sie derzeit eine Diät / bestimmte Ernährung?

Wie oft pro Woche essen/trinken Sie... Fleisch? ☐ Wurst? ☐ Kaffee? ☐

Welche Ernährungsbücher haben Sie gelesen?

Kennen Sie die Öl-Eiweis-Kost? ☐ nein ☐ ja Wissen Sie, wo Transfettsäuren enthalten sind? ☐ nein ☐ ja

Haben Sie Lebensmittel-Unverträglichkeiten?

Was sind Ihre Lieblingsspeisen?

Haben Sie eine Saftpresse? ☐ nein ☐ ja Sind Sie bereit, Ihre Ernährung wirklich umzustellen? ☐ nein ☐ ja

Haben Sie schon einmal Einläufe gemacht? ☐ nein ☐ ja

Belastung und persönliche Situation

In welchen Lebenssystemen haben Sie am meisten Stress?

☐ Familie ☐ Ehe / Partner ☐ Beruf ☐ Finanzen ☐ Andere

Wie glücklich waren Sie, bevor Sie Krebs hatten?

Wie glücklich sind Sie heute?

Lebensweise und Begleitung

- Beten Sie? ☐ nein ☐ ja
- Gehen Sie regelmäßig in die Kirche? ☐ nein ☐ ja
- Meditieren Sie? ☐ nein ☐ ja
- Machen Sie regelmäßige Entspannungsübungen? ☐ nein ☐ ja
- Haben Sie Psychoanalyse / Psychotherapie gemacht? ☐ nein ☐ ja

Welche Krebsbücher haben Sie gelesen?

Was waren einmal Ihre Lebensträume?

Was würden Sie sehr gerne einmal tun?

Was möchten Sie uns noch mitteilen, was wichtig sein könnte?

Welche Frage(n) möchten Sie unbedingt beantwortet haben?

Nachfolgende Informationspflicht gelesen und akzeptiert

Datum:

Unterschrift:

Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit.

neuronis.de

Zellerneuerung bei Krebs, Parkinson, MS,
ALS und andere chronische Krankheiten

Heilpraktiker Reinhard P. Neu

Friedrichshafener Straße 9
88131 Lindau am Bodensee

Tel: +49 176 36 35 10 47

Mail: info@neuronis.de

Web: <https://neuronis.de>

Ich will wieder gerne leben.

Regeneration ist kein Zufall.

Weitere Infos zu Behandlungen und Begleitungen, **sowie weitere Formulare für die unterschiedlichsten Symptome und Analysen**, finde Sie auf der Website.

zur Website