



Patientin/Patient Name:

Geburtsdatum:

Fragebogen

Bitte beantworten Sie die Fragen einfach nur mit ja oder nein und bringen den Bogen bei Ihrem Erstgespräch mit in die Praxis zur Auswertung.

Frage	JA	NEIN
Sodbrennen, Reizdarm, Blähungen, Durchfall oder Verstopfung kenne ich gut		
Morgendliche Übelkeit kenne ich gut		
Bei mir sind Nahrungsmittelunverträglichkeiten bekannt oder ich vermute diese		
Bei mir sind Allergien bekannt (Heuschnupfen, Hausstaub, Tierhaare)		
Ich habe schon mal unverhältnismäßig auf Medikamente reagiert		
Es gibt bei mir eine Kontaktallergie (Nickel oder andere Metalle)		
Ich hatte oder habe depressive Verstimmungen		
Ich bin Perfektionist		
Ich bin eher ungeduldig		
Ich leide oder litt über trockene Haut und / oder weiße Punkte auf den Fingernägeln		
Ich leide unter Neurodermitis oder Juckreiz		
Ich hatte oder habe Haarausfall		
Gewichtszunahmen gehen schnell und nur schwer wieder weg		
Bei mir besteht/bestand ein Bluthochdruck		
Häufiges Wasserlassen ist mir bekannt		
Es besteht eine regelmäßige Schlafstörung		
Es kommen häufig Gelenk-, Rücken,- oder Kopfschmerzen vor		
Morgensteifigkeit und eingeschränkte Beweglichkeit der Gelenke passen zu mir		
Sonnenschein ohne Sonnenbrille geht gar nicht(Lichtempfindlichkeit)		
Kalte Hände und oder kalte Füße		
Bei Sonnenschein wurde ich früher sehr braun, heute aber eher gelblich braun		
Der Hautton im Gesicht ist heller als vom Rest meines Körpers		
Meine Körperbehaarung ist unverhältnismäßig viel		
Bei unregelmäßigem Essen wird mir schnell zittrig oder schwindlig		
Vor einer warmen Mahlzeit bin ich leicht reizbar		
Nur für Frauen:		
Ich leide/litt unter Menstruationsbeschwerden		
Mein Zyklus hatte schon mal mind. Acht Wochen pausiert		
Meine Periode wird oft von Kopfschmerzen begleitet		
Auswertung durch Ihren Therapeuten		