



Invita Point

Weil das Leben leicht sein darf.

Patienten - Fragebogen + Ernährungsverhalten

Name _____ Geburtstag _____

Vorname _____ Tel. privat _____

Straße _____ Tel. Beruf _____

PLZ – Ort _____ FAX _____

E-Mail _____ Beruf _____

Familienstand: ledig verheiratet verwitwet geschieden/getrennt lebend

Anzahl Kinder in Ihrem Haushalt _____

Alter (Junge/Mädchen) 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? _____

Eine Bitte

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen **sorgfältig** aus. Er dient mir zur Findung möglicher Ursachen ihrer Erkrankung.

Das Ausfüllen dieses Fragebogens ist selbstverständlich **freiwillig**.

Sollten Sie Fragen nicht beantworten können oder wollen, so lassen Sie sie aus. Alle Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

Bei den Beispielen genügt es zu **unterstreichen**, sofern diese zutreffen; ansonsten mit eigenen Worten ergänzen. Dafür ggf. ein Extra-Blatt beifügen. Bitte nehmen Sie sich **genügend Zeit**.

Was ist Ihr Wunsch an mich, was ist Ihr Ziel ?

.....
.....

Was war unmittelbar vor dem ersten Auftreten Ihrer jetzigen Beschwerden ?

z.B. eine Erkrankung, Kummer, Trauer, Schreck, Operation, Medikamente, Trennung, Arbeitslosigkeit, usw.

.....

Petra Michel

Heidmühlenweg 114a

25336 Elmshorn

Tel: 04121 – 49 17 67

Email: info@invita-point.de

Web: <https://basisch-gesund-leben.de/>

Allgemeines

Mein aktuelles **Körpergewicht** **Wunschgewicht**

Taille cm..... **Hüfte** cm.....

Veränderung/Zeitraum.....

Gab es dafür einen Anlass? Welchen?

Körpergröße **Blutdruck** **Blutgruppe**.....

Trinken Sie **Alkohol?** ja nein **Wie oft /Woche?**.....**Menge** **Was?**.....

Rauchen Sie? ja nein **Wie oft?**.....**Menge**..... **Seit wann?**.....

Nach welcher **Ernährungsart** leben Sie?

- Es wird selbst zubereitet Hausmannskost vegetarisch vegan Vollwertig Kantine
- Fertiggerichte/Fast Food Anderes (bitte beschreiben).....

Wieviel Liter Sie pro Tag ?

Was genau trinken Sie (Liter/Tassen)?

Wasser: still/kohlensäurehaltig..... Kaffee/Tee.....Limo/Cola/Säfte.....
???

Wie schätzen Sie selbst Ihre Ernährung bezüglich der Lebensmittelauswahl ein?

- Ausgewogen eher einseitig unterschiedlich

Leiden Sie unter Stress? Bitte beschreiben Sie kurz

.....
.....

Waren Sie in den letzten 24 Monaten im außereuropäischen Ausland ? Wo ?

.....

Schlafqualität

Schlaflosigkeit – häufiges Erwachen (Uhrzeit.....)

Schwierigkeiten beim Einschlafen/Durchschlafen

Schweißausbrüche / Frieren, Unruhe, kalte/heiße Füße, Schnarchen, Zähneknirschen,

Atemaussetzer, Sonstiges

übliche Zubettgehzeit..... übliche Aufstehzeit.....

sind sie morgens ausgeruht?

.....

Sport ? Welchen - wie oft – wie intensiv - seit wann ?

.....

Welche Infektionserkrankungen traten auf ?

Masern, Mumps, Röteln, Windpocken, Tetanus, Scharlach,
Polio, Malaria, Tuberkulose, Pfeiffersches Drüsenfieber

Gibt es **Allergien/Nahrungsmittelunverträglichkeiten ?** Wie zeigt es sich ?

.....

Pollen/wann

.....

Nahrungsmittel

.....

Spezial:

Gibt es familiäre Erkrankungen (s. unten), von denen vor allem weiblichen Verwandte betroffen waren/sind ?

.....

z.B: hormonelle Probleme (Menstruationsprobleme, ungewollte Kinderlosigkeit, schwierige Schwangerschaften, Wechseljahresprobleme), psychische Belastungen, Magen-Darm-Störungen, Lernstörungen, Nahrungsmittelunverträglichkeiten, schwieriger Umgang mit Stress, Infektanfälligkeit, Welche?.....

.....

Haben Sie überwiegend/ ausschließlich **Schwestern ?**.....

Schilddrüse

Überfunktion / Unterfunktion – Vergrößerung - Operation

.....

Brust und Bauch

Leber Entzündung - Hepatitis – Fettleber - anderes.....

Magen Völlegefühl/ Druck - Übelkeit - Gastritis - Sodbrennen - Appetitlosigkeit – Abneigung gegen Speisen - Nahrungsmittelunverträglichkeiten.....

Galle Steine - Koliken - Operation - Druck im Oberbauch - Fettunverträglichkeit.....

Darm Infektionen - Hämorrhoiden - Blinddarm-OP - Blähungen - Divertikel - Entzündungen - chron. Erkrankungen.....

Stuhlgang täglich - jeden 2. - 3. - 4. Tag - unregelmäßig - Neigung zu Verstopfung / Durchfall
Beschaffenheit: Stuhl ist hell dunkel übel riechend hart knollig weich - kann
Stuhl nicht halten Gefühl, nicht fertig zu werden Stuhlgang wechselhaft usw. **sonstiges**

.....

Petra Michel

Heidmühlenweg 114a

25336 Elmshorn

Tel: 04121 – 49 17 67

Email: info@invita-point.de

Web: <https://basisch-gesund-leben.de/>

Unterleib – Gynäkologie

Gynäkologie

Ausfluss - Ausschabungen - Myome - Zysten - Tumore - Fehl-/Totgeburten - ungewollte Kinderlosigkeit - Kinderwunschbehandlung

.....

Menses

Wann war die erste Blutung.....Lj wann die letzte.....Lj

Beschwerden: an den Tagen vor/nach/während der Regel? Welche

Ihre Regel dauert Tage

Nehmen Sie Verhütungsmittel? Welche

Wechseljahre: Beschwerden.....

Allerletzte Regel.....

Prostata

vergrößert - Entzündungen aktuell / früher, wann..... PSA-Wert.....

Beschwerden beim Wasserlassen

Niere/Blase

Nierensteine – Entzündungen..... wie oft.....

Harn

viel/wenig/häufig - kann nicht halten - Geruch nach -

müssen Sie nachts rauswie oft.....

sonstiges.....

Persönliche Angaben

Arbeitswelt

Üben Sie einen Beruf aus? Arbeiten Sie gern in diesem Beruf? Gibt es Belastungen allgemein.....

unter/mit Kollegen Chef.....

Familär

Belastungen Kinder..... Eltern..... Verwandte.....

Nachbarn..... andere.....

Scheidung/Trennung

Einsamkeit..... Hobbys.....

Schmerzen

Wo haben Sie Schmerzen?.....
Seit wann haben Sie Schmerzen?.....
Wann treten die Schmerzen auf?.....
Was tun Sie dagegen?.....

Krankheiten in der Familie (Mutter/Vater)

Krebs..... Schlaganfall..... Diabetes..... Gicht..... Herzerkrankungen.....
Rheuma..... Migräne..... MS Allergien/Neurodermitis/ Asthma
psych. Erkrankungen..... Depressionen

Gesundheit & Ernährung

Gesundheit (zutreffendes bitte ankreuzen)

- Diabetes mellitus
- Blähungen
- Einnahme von Macumar/Falithrom
- Verstopfung
- Schwaches Immunsystem
- Einnahme von Schilddrüsenhormonen
- akuter Heuschnupfen oder Asthma
- hoher Blutdruck
- akute Fibromyalgie
- Einnahme von Cholesterinsenkern
- keine Gewichtsabnahme erwünscht
- schwaches Immunsystem
- Ich liebe Herausforderungen Sport/Beruf
- Ich diskutiere gern
- Ich stehe gern im Mittelpunkt

Ernährung (zutreffendes bitte ankreuzen)

- Laktoseunverträglichkeit
- Fruktoseunverträglichkeit
- Glutunverträglichkeit
- Histaminunverträglichkeit
- Isst kein Fleisch
- Isst kein Geflügel
- Isst keinen Fisch
- Isst keine Eier
- Isst keine Kuhmilchprodukte
- Isst keine Kuhmilchprodukte
- Mengenplus
- Mengenminus
- Ich esse gern Fleisch
- Ich fühle mich nach einer intensiven Sporteinheit ausgeglichen

Laborbefunde

Sofern vorhanden, bringen Sie bitte Labor-/Untersuchungsbefunde mit

Hinweis

Die Angaben im Patientenfragebogen sind freiwillig und unterliegen selbstverständlich, wie auch alle anderen Angaben, der **Verswiegenheit**. Mir ist bekannt, dass meine Angaben von Frau Michel gespeichert werden. Ich nehme darüber hinaus zur Kenntnis, dass ich die Möglichkeit habe, jederzeit den Widerruf gegen die Verarbeitung meiner Daten zu erklären. Im Falle des Widerrufs werden meine Daten von Petra Michel gelöscht. Es kann passieren, dass Daten die gesetzlich vorgeschrieben sind dieser Löschung nicht unterliegen. Ich bestätige, dass ich mündlich auf die Datenschutz-Grundverordnung hingewiesen wurde und jederzeit die Möglichkeit habe die ausführliche Datenschutzerklärung von Frau Petra Michel auf deren Homepage unter: www.invita-point.de nachlesen kann.

Ich bin ausdrücklich darüber informiert worden, dass die gesamten **Kosten** von einer **gesetzlichen Krankenkasse** in der Regel nicht übernommen werden und dass die Kosten von einer evtl. bestehenden **privaten Krankenkasse** und/oder der **Beihilfestelle** möglicherweise nur teilweise oder gar nicht übernommen werden.

Mir ist bekannt, dass ich die Therapie direkt gegenüber Frau Petra Michel zu begleichen habe, unabhängig von geleisteten oder nicht geleisteten **Erstattungen** durch Beihilfestellen oder private Krankenversicherungen.

Die **Rechnungsstellung** erfolgt entsprechend dem abzuschließenden Behandlungsvertrag, den wir im ersten Termin abschließen. Für eine **Erstberatung**, die keine weitere Behandlung nach sich zieht, wird ein Honorar in Höhe von **80,00 €** fällig.

Nicht/ nicht rechtzeitig (24 Stunden vorher – gerne auch per Mail/SMS) **abgesagte Termine** können mit dem geplanten/ angemessenen Zeitumfang in Rechnung gestellt werden.

**Bitte kontaktieren Sie mich zwecks Terminvereinbarung oder Informationen unter Telefon:
oder mail:**

Datum

.....

Unterschrift

.....