



ÄRZTLICHE GEMEINSCHAFTSPRAXIS

NAME

GEBURTSDATUM

→ Bei langjährigen Patienten unserer Praxis kann diese erste Seite in der Regel übersprungen werden.

EIGENE ERKRANKUNGEN/OPERATIONEN	am/seit

Bitte geben Sie bei der Medikation auch die Dosierung an (z. B. ASS 500 mg)

EIGENE MEDIKAMENTE	morgens	mittags	abends	nachts

NAHRUNGSERGÄNZUNGSMITTEL/VITAMINE/HOMÖOPATHIKA	morgens	mittags	abends	nachts

ERKRANKUNGEN DER FAMILIE:					
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Krebserkrankung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Herzinfarkt	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Neurodermitis/Allergie	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Schlaganfall	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Asthma	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Diabetes	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Depression/Nervenleiden	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja

Andere wichtige Erkrankungen:

EIGENE SYMPTOME				
Schleimgefühl im Hals oder Rachen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> meistens
Verstopfte Nase/Naselaufen/Niesen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> meistens
Luftnot bei Anstrengung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> meistens
Luftnot in körperlicher Ruhe	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> meistens
Engegefühl/Beklemmung der Brust	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> meistens
Einschlafstörung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> meistens
Durchschlafstörung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> meistens
Schnarchen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> meistens
Nächtliche Atemauffälligkeiten/ -pausen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> meistens
Nächtliches Wasserlassen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> meistens
Nächtliches Zähneknirschen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> meistens
Morgendliche Unausgeschlafenheit	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> meistens
Müdigkeit am Tage	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> meistens
Rasche Erschöpfung bei Anstrengung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> meistens
Konzentrationsstörung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> meistens
Gedächtnisstörung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> meistens
Schwindel	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> meistens
Heißhungerattacken	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> meistens
Appetitlosigkeit	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> meistens
Mundgeruch	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> meistens
Rückenschmerzen: Halswirbelsäule	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> meistens
Rückenschmerzen: Lendenwirbelsäule	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> meistens
Hüftprobleme/-schmerzen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> meistens
Knieprobleme/-schmerzen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> meistens
Sonstige Gelenkbeschwerden	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> meistens
Muskel- oder Wadenkrämpfe	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> meistens
Muskelschwäche	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> meistens
Antriebslosigkeit/Lustlosigkeit	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> meistens
Traurigkeit/Depressivität	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> meistens
Ängste	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> meistens
Vermehrtes Schwitzen tagsüber	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> meistens
Vermehrtes Schwitzen nächtlich	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> meistens
Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> meistens
Haarausfall	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> meistens
Hautprobleme (Jucken, Rötung, Akne...)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> meistens
Gehäuftes Wasserlassen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> meistens
Augentrockenheit	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> meistens
Mundtrockenheit	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> meistens
Wassereinlagerungen (Hände? Füße?)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> meistens

ERNÄHRUNG				
Haben Sie eine spezielle Ernährungsform?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Flexitarier	<input type="checkbox"/> Vegetarier	<input type="checkbox"/> Vegan
Wie viel Liter trinken Sie durchschnittlich pro Tag (alle Getränke zusammengerechnet)?				
Wie viele Tassen Kaffee trinken Sie am Tag?	<input type="checkbox"/> >5	<input type="checkbox"/> 3-5	<input type="checkbox"/> 1-2	<input type="checkbox"/> keinen
Wieviel Glas Fruchtsaft, Süßgetränke trinken Sie pro Tag?	<input type="checkbox"/> >5	<input type="checkbox"/> 3-5	<input type="checkbox"/> 1-2	<input type="checkbox"/> keinen
Wieviel Gläser Bier/Wein trinken Sie pro Tag?	<input type="checkbox"/> >2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> keins
Wie viele Süßigkeiten essen Sie?	<input type="checkbox"/> viele	<input type="checkbox"/> einige	<input type="checkbox"/> wenig	<input type="checkbox"/> keine
Wie oft essen Sie Kuchen/Gebäck/Stückchen pro Woche?	<input type="checkbox"/> >7 x	<input type="checkbox"/> 3-7 x	<input type="checkbox"/> 1-2 x	<input type="checkbox"/> <1
Trinken Sie Kaffee/Tee gesüßt?	<input type="checkbox"/> immer	<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> nein
Wie oft essen Sie Wurst?	<input type="checkbox"/> täglich	<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> keine
Wie oft essen Sie Fleisch?	<input type="checkbox"/> täglich	<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> keins
Essen Sie Kefir, Dickmilch, Joghurt?	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> täglich
Trinken Sie Milch?	<input type="checkbox"/> täglich	<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> nein
Wie oft essen Sie Gemüse, Obst?	<input type="checkbox"/> kaum	<input type="checkbox"/> 1-2xtägl.	<input type="checkbox"/> 3-4xtägl.	<input type="checkbox"/> >4xtägl
Gibt es Nahrungsmittel, die Ihnen (egal wie) gar nicht gut bekommen?				

IMMUNSYSTEM				
Wie viele Erkältungskrankheiten/Infekte hatten Sie im letzten Jahr?	<input type="checkbox"/> >5	<input type="checkbox"/> 3-5	<input type="checkbox"/> 1-2	<input type="checkbox"/> keine
Wie viele Blasenentzündungen hatten Sie im letzten Jahr?	<input type="checkbox"/> >4	<input type="checkbox"/> 3-4	<input type="checkbox"/> 1-2	<input type="checkbox"/> keine
Wie viele Antibiotikabehandlungen hatten Sie im letzten Jahr?	<input type="checkbox"/> >4	<input type="checkbox"/> 3-4	<input type="checkbox"/> 1-2	<input type="checkbox"/> keine
Hatten Sie in den ersten Lebensjahren Antibiotikabehandlungen?	<input type="checkbox"/> viele	<input type="checkbox"/> einige	<input type="checkbox"/> unbek.	<input type="checkbox"/> nein

VERDAUUNGSGEWOHNHEITEN UND -BESCHWERDEN				
Neigen Sie zu Verstopfung?	<input type="checkbox"/> meist	<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> nein
Nehmen Sie häufiger Abführmittel?	<input type="checkbox"/> meist	<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> nein
Ist Ihr Stuhlgang weich/breiiig?	<input type="checkbox"/> meist	<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> nein
Haben Sie Blähungen?	<input type="checkbox"/> meist	<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> nein
Haben Sie Bauchschmerzen/-krämpfe	<input type="checkbox"/> meist	<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> nein
Haben Sie Völlegefühl?	<input type="checkbox"/> meist	<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> nein
Haben Sie Übelkeit?	<input type="checkbox"/> meist	<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> nein
Haben Sie saures Aufstoßen?	<input type="checkbox"/> meist	<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> nein
Aktuelle Größe und Gewicht?			kg	cm
Um wieviel kg hat sich ihr Körpergewicht in den letzten zehn Jahren verändert?	<input type="checkbox"/> Gewicht stabil	<input type="checkbox"/> Abnahme <input type="checkbox"/> Zunahme		kg

STRESS				
Empfinden Sie Ihre derzeitige Lebenssituation als stressig?	<input type="checkbox"/> meist	<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> nein
Glauben Sie, dass der Stress Ihrer Gesundheit schadet?	<input type="checkbox"/> meist	<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> nein
Empfinden Sie Ihre Arbeit als stressig?	<input type="checkbox"/> meist	<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> nein
Sind Sie auch zu Hause beruflich tätig?	<input type="checkbox"/> meist	<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> nein
Arbeiten Sie auch am Wochenende beruflich?	<input type="checkbox"/> meist	<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> nein

Wie hoch ist Ihre durchschnittliche wöchentliche Arbeitszeit?
Welchen Beruf üben Sie derzeit aus?

<i>Stunden</i>

UMWELT-/TOXINBELASTUNG

Rauchen Sie Zigaretten?	<input type="checkbox"/> >20/Tag	<input type="checkbox"/> 10-20/Tag	<input type="checkbox"/> <10/Tag	<input type="checkbox"/> nein
Haben Sie geraucht?	<input type="checkbox"/> >20 Jahre	<input type="checkbox"/> 5-20 Jahre	<input type="checkbox"/> < 5 Jahre	<input type="checkbox"/> nein
Tragen Sie aktuell noch Amalgamfüllungen?	<input type="checkbox"/> >5	<input type="checkbox"/> 3-4	<input type="checkbox"/> 1-2	<input type="checkbox"/> nein
Haben Sie wurzelgefüllte/tote Zähne?	<input type="checkbox"/> >5	<input type="checkbox"/> 3-4	<input type="checkbox"/> 1-2	<input type="checkbox"/> nein
Haben Sie Implantate?	<input type="checkbox"/> >5	<input type="checkbox"/> 3-4	<input type="checkbox"/> 1-2	<input type="checkbox"/> nein
Haben Sie in Ihrer Wohnung Schimmelpilzbelastung?	<input type="checkbox"/> stark	<input type="checkbox"/> mäßig	<input type="checkbox"/> etwas	<input type="checkbox"/> nein
Sehen Sie bei sich eine Belastung mit Elektromog?	<input type="checkbox"/> stark	<input type="checkbox"/> mäßig	<input type="checkbox"/> etwas	<input type="checkbox"/> nein
Haben Sie Kontakt zu Lösungsmitteln/Giftstoffen?	<input type="checkbox"/> ständig	<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> nein

MEDIEN *ANGABEN PRO TAG*

Wieviel Fernsehzeit haben Sie pro Tag (in Stunden)	<input type="checkbox"/> >3 h	<input type="checkbox"/> 1-3 h	<input type="checkbox"/> <1 h	<input type="checkbox"/> keine
Wieviel Handyzeit haben Sie pro Tag (in Stunden)	<input type="checkbox"/> > 60 min	<input type="checkbox"/> 30-60 min	<input type="checkbox"/> < 30 min	<input type="checkbox"/> keine
Wieviel Stunden Ihrer Arbeitszeit verbringen Sie täglich vor einem Bildschirm/PC?	<input type="checkbox"/> >5 h	<input type="checkbox"/> 2-5 h	<input type="checkbox"/> <2 h	<input type="checkbox"/> keine
Wieviel Freizeit verbringen Sie vor einem Bildschirm/PC?	<input type="checkbox"/> >3 h	<input type="checkbox"/> 1-3 h	<input type="checkbox"/> <1 h	<input type="checkbox"/> keine
Wie oft greifen Sie täglich zum Smartphone/Tablet	<input type="checkbox"/> >50x	<input type="checkbox"/> 21-50x	<input type="checkbox"/> 5-20x	<input type="checkbox"/> < 5x
Wieviel Zeit verbringen täglich Sie vor einer Playstation	<input type="checkbox"/> >3 h	<input type="checkbox"/> 1-3 h	<input type="checkbox"/> <1 h	<input type="checkbox"/> keine

SCHLAF

Wieviel Stunden schlafen sie durchschnittlich pro Tag?	<input type="checkbox"/> <5	<input type="checkbox"/> 5-6	<input type="checkbox"/> 7-8	<input type="checkbox"/> >8
Zu welcher Zeit gehen Sie üblicherweise zu Bett?				
Gehen Sie zu dieser Zeit regelmäßig zu Bett?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> meist	<input type="checkbox"/> immer
Haben Sie einen Fernseher im Schlafzimmer?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> nein
Liegt nachts ein Smartphone in Ihrem Schlafzimmer?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> nein

BEWEGUNG

Wieviel Zeit pro Tag verbringen Sie sitzend?	<input type="checkbox"/> >7 h	<input type="checkbox"/> 5-7 h	<input type="checkbox"/> 3-5 h	<input type="checkbox"/> <3 h
Wieviel Bewegung haben Sie bei der Arbeit?	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> etwas	<input type="checkbox"/> viel	<input type="checkbox"/> ständig
Wie viel Zeit pro Woche treiben Sie Sport?	<input type="checkbox"/> <1 h	<input type="checkbox"/> 1-2 h	<input type="checkbox"/> 2-3 h	<input type="checkbox"/> >3 h
Betreiben Sie den Sport regelmäßig?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> zeitweise	<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> ja
Welchen Sport üben Sie aus?				

FAMILIE/SOZIALES NETZ

Wie ist Ihre aktuelle Familiensituation?	<input type="checkbox"/> Single	<input type="checkbox"/> Partner/ Partnerin	<input type="checkbox"/> Single+ Kinder	<input type="checkbox"/> Familie
Wenn Sie Kinder haben: Wie alt sind diese?				
Sind Sie zufrieden mit Ihrer Partnerschaft?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> meist	<input type="checkbox"/> ja
Wie viele wirklich gute Freunde haben Sie?	<input type="checkbox"/> 0-1	<input type="checkbox"/> 2-3	<input type="checkbox"/> 4-5	<input type="checkbox"/> >5
Haben Sie genügend Zeit, Freundschaften zu pflegen?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> meist	<input type="checkbox"/> ja
Engagieren Sie sich in einem Verein/Ehrenamt o.ä.?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> meist	<input type="checkbox"/> ja
Fühlen Sie sich geliebt?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> meist	<input type="checkbox"/> ja

KULTUR				
Haben Sie Zeiten in den Sie bewusst Musik/Kunst genießen?	<input type="checkbox"/> <i>nein</i>	<input type="checkbox"/> <i>selten</i>	<input type="checkbox"/> <i>öfters</i>	<input type="checkbox"/> <i>häufig</i>
Spielen Sie ein Instrument oder singen Sie?	<input type="checkbox"/> <i>nein</i>	<input type="checkbox"/> <i>selten</i>	<input type="checkbox"/> <i>öfters</i>	<input type="checkbox"/> <i>häufig</i>
Haben Sie Zeit für Kreativität (Malen, Handarbeit, ...)?	<input type="checkbox"/> <i>nein</i>	<input type="checkbox"/> <i>selten</i>	<input type="checkbox"/> <i>öfters</i>	<input type="checkbox"/> <i>häufig</i>
Haben Sie Zeit zum Lesen?	<input type="checkbox"/> <i>nein</i>	<input type="checkbox"/> <i>selten</i>	<input type="checkbox"/> <i>öfters</i>	<input type="checkbox"/> <i>häufig</i>

NATUR/BIORHYTHMUS	ANGABEN PRO WOCHE			
Wieviel Zeit verbringen Sie pro Woche im Freien?	<input type="checkbox"/> <3 h	<input type="checkbox"/> 3-10 h	<input type="checkbox"/> 10-30 h	<input type="checkbox"/> >20 h
Wieviel Zeit verbringen Sie pro Woche im Grünen?	<input type="checkbox"/> <1 h	<input type="checkbox"/> 1-3 h	<input type="checkbox"/> 3-10 h	<input type="checkbox"/> >10 h
Kommen Sie zur Mittagszeit an die Sonne/Tageslicht?	<input type="checkbox"/> <i>nein</i>	<input type="checkbox"/> <i>selten</i>	<input type="checkbox"/> <i>zeitweise</i>	<input type="checkbox"/> <i>häufig</i>
Haben Sie feste Essenszeiten?	<input type="checkbox"/> <i>nein</i>	<input type="checkbox"/> <i>zeitweise</i>	<input type="checkbox"/> <i>häufig</i>	<input type="checkbox"/> <i>ja</i>
Achten Sie auf Essen in Bio-Qualität?	<input type="checkbox"/> <i>nein</i>	<input type="checkbox"/> <i>zeitweise</i>	<input type="checkbox"/> <i>häufig</i>	<input type="checkbox"/> <i>ja</i>
Ernähren Sie sich jahreszeitengemäß?	<input type="checkbox"/> <i>nein</i>	<input type="checkbox"/> <i>selten</i>	<input type="checkbox"/> <i>meistens</i>	<input type="checkbox"/> <i>ja</i>

SINN				
Sehen Sie Sinn in Ihrem täglichen Handeln?	<input type="checkbox"/> <i>nein</i>	<input type="checkbox"/> <i>manchmal</i>	<input type="checkbox"/> <i>meist</i>	<input type="checkbox"/> <i>ja</i>
Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Leben?	0 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 10			
Welche Hobbys haben Sie?				
Wieviel Zeit verbringen Sie für Ihre Hobbys pro Woche?	<input type="checkbox"/> <1h	<input type="checkbox"/> 1-3 h	<input type="checkbox"/> 3-7 h	<input type="checkbox"/> >7 h

SPIRITUALITÄT				
Welche Rolle spielt Spiritualität/Glauben in Ihrem Leben?	<input type="checkbox"/> <i>keine</i>	<input type="checkbox"/> <i>geringe</i>	<input type="checkbox"/> <i>mäßige</i>	<input type="checkbox"/> <i>wichtige</i>
Welcher Religion gehören Sie an?				
Wieviel Zeit verbringen Sie wöchentlich mit Ruhe/Stille?	<input type="checkbox"/> <1 h	<input type="checkbox"/> 1-2 h	<input type="checkbox"/> 2-3 h	<input type="checkbox"/> >3 h
Welche Entspannungstechniken praktizieren Sie (Meditation, Yoga, Feldenkrais, QiGong)?				
Wie oft praktizieren Sie die genannte Technik pro Woche?	<input type="checkbox"/> <1 h	<input type="checkbox"/> 1-2 h	<input type="checkbox"/> 2-3 h	<input type="checkbox"/> >3 h

WAS ERWARTEN SIE VON DER BEHANDLUNG?

WELCHES SYMPTOM/WAS BELASTET SIE IM MOMENT AM MEISTEN?

WORAN WÜRDEN SIE MERKEN, DASS DIE BEHANDLUNG ERFOLGREICH IST?

WAS WÄREN SIE BEREIT, DAFÜR ZU TUN?