



# ÄRZTLICHE GEMEINSCHAFTSPRAXIS

NAME

GEBURTSDATUM

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:

Mutter verstorben?  nein  ja      Wann?      Wie alt?      Woran?  
 Vater verstorben?  nein  ja      Wann?      Wie alt?      Woran?

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/Nießen	<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 nachts	<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/Fleisch?	<input type="checkbox"/> täglich	<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> keine
Wie oft essen Sie Fisch?	<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
Essen Sie Brot/Brötchen?	<input type="checkbox"/> täglich	<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> nein
Wie oft essen Sie Obst?	<input type="checkbox"/> kaum	<input type="checkbox"/> 1-2tägl.	<input type="checkbox"/> 3-4tägl.	<input type="checkbox"/> >4tägl
Wie oft essen Sie Gemüse?	<input type="checkbox"/> kaum	<input type="checkbox"/> 1-2tägl.	<input type="checkbox"/> 3-4tägl.	<input type="checkbox"/> >4tägl
Gibt es Nahrungsmittel, die Ihnen (egal wie) gar nicht gut bekommen?				
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

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/breilig?	<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

IMMUNSYSTEM/DARM				
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
Sind Sie mit Kaiserschnitt zur Welt gekommen?	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> unbek.	<input type="checkbox"/> nein
Wurden Sie als Kind gestillt? Wenn Ja: Wie viele Monate etwa?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> < 1	<input type="checkbox"/> 1-6	<input type="checkbox"/> >6
Wurden Ihre Rachenmandeln entfernt?	<input type="checkbox"/> ja			<input type="checkbox"/> nein
Nehmen Sie Säureblocker (für die Verdauung oder gegen Reflux)?	<input type="checkbox"/> tägl.	<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> nein
Haben Sie Reizdarmbeschwerden?	<input type="checkbox"/> tägl.	<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> nein

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
Hatten Sie Amalgamfüllungen, die entfernt wurden?	<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 Elektrosmog?	<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

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"/> nein	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> zeitweise	<input type="checkbox"/> häufig
Haben Sie feste Essenszeiten?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> zeitweise	<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> ja
Achten Sie auf Essen in Bio-Qualität?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> zeitweise	<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> ja
Ernähren Sie sich jahreszeitengemäß?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> meistens	<input type="checkbox"/> ja

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

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?				

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

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

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>

STRESS				
Empfinden Sie Ihre derzeitige Lebenssituation als stressig?	<input type="checkbox"/> <i>meist</i>	<input type="checkbox"/> <i>häufig</i>	<input type="checkbox"/> <i>manchmal</i>	<input type="checkbox"/> <i>nein</i>
Glauben Sie, dass der Stress Ihrer Gesundheit schadet?	<input type="checkbox"/> <i>meist</i>	<input type="checkbox"/> <i>häufig</i>	<input type="checkbox"/> <i>manchmal</i>	<input type="checkbox"/> <i>nein</i>
Empfinden Sie Ihre Arbeit als stressig?	<input type="checkbox"/> <i>meist</i>	<input type="checkbox"/> <i>häufig</i>	<input type="checkbox"/> <i>manchmal</i>	<input type="checkbox"/> <i>nein</i>
Sind Sie auch zu Hause beruflich tätig?	<input type="checkbox"/> <i>meist</i>	<input type="checkbox"/> <i>häufig</i>	<input type="checkbox"/> <i>manchmal</i>	<input type="checkbox"/> <i>nein</i>
Arbeiten Sie auch am Wochenende beruflich?	<input type="checkbox"/> <i>meist</i>	<input type="checkbox"/> <i>häufig</i>	<input type="checkbox"/> <i>manchmal</i>	<input type="checkbox"/> <i>nein</i>
Wie hoch ist Ihre durchschnittliche wöchentliche Arbeitszeit?	<i>Stunden</i>			
Welchen Beruf üben Sie derzeit aus?				

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"/> 10			
Welche Hobbys haben Sie?				
Wieviel Zeit verbringen Sie für Ihre Hobbys pro Woche?	<input type="checkbox"/> <i>&lt;1h</i>	<input type="checkbox"/> <i>1-3h</i>	<input type="checkbox"/> <i>3-7h</i>	<input type="checkbox"/> <i>&gt;7h</i>

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"/> <i>&lt;1h</i>	<input type="checkbox"/> <i>1-2h</i>	<input type="checkbox"/> <i>2-3h</i>	<input type="checkbox"/> <i>&gt;3h</i>
Welche Entspannungstechniken praktizieren Sie (Meditation, Yoga, Feldenkrais, QiGong)?				
Wie oft praktizieren Sie die genannte Technik pro Woche?	<input type="checkbox"/> <i>&lt;1h</i>	<input type="checkbox"/> <i>1-2h</i>	<input type="checkbox"/> <i>2-3h</i>	<input type="checkbox"/> <i>&gt;3h</i>

WAS ERWARTEN SIE VON DER BEHANDLUNG?

WELCHES SYMPTOM/WAS BELASTET SIE IM MOMENT AM MEISTEN?

WAS WÄREN SIE BEREIT, FÜR EINE BESSERUNG ZU TUN?

WORAN WÜRDEN SIE MERKEN, DASS DIE BEHANDLUNG ERFOLGREICH IST?