



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"/> <i>nein</i>	<input type="checkbox"/> <i>Flexitarier</i>	<input type="checkbox"/> <i>Vegetarier</i>	<input type="checkbox"/> <i>Vegan</i>
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"/> <i>keinen</i>
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"/> <i>keinen</i>
Wieviel Gläser Bier/Wein trinken Sie pro Tag?	<input type="checkbox"/> >2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> <i>keins</i>
Wie viele Süßigkeiten essen Sie?	<input type="checkbox"/> <i>vielen</i>	<input type="checkbox"/> <i>einige</i>	<input type="checkbox"/> <i>wenig</i>	<input type="checkbox"/> <i>keine</i>
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"/> <i>immer</i>	<input type="checkbox"/> <i>häufig</i>	<input type="checkbox"/> <i>selten</i>	<input type="checkbox"/> <i>nein</i>
Wie oft essen Sie Wurst/Fleisch?	<input type="checkbox"/> <i>täglich</i>	<input type="checkbox"/> <i>häufig</i>	<input type="checkbox"/> <i>selten</i>	<input type="checkbox"/> <i>keine</i>
Wie oft essen Sie Fisch?	<input type="checkbox"/> <i>täglich</i>	<input type="checkbox"/> <i>häufig</i>	<input type="checkbox"/> <i>selten</i>	<input type="checkbox"/> <i>keins</i>
Essen Sie Kefir, Dickmilch, Joghurt?	<input type="checkbox"/> <i>nie</i>	<input type="checkbox"/> <i>selten</i>	<input type="checkbox"/> <i>häufig</i>	<input type="checkbox"/> <i>täglich</i>
Trinken Sie Milch?	<input type="checkbox"/> <i>täglich</i>	<input type="checkbox"/> <i>häufig</i>	<input type="checkbox"/> <i>selten</i>	<input type="checkbox"/> <i>nein</i>
Essen Sie Brot/Brötchen?	<input type="checkbox"/> <i>täglich</i>	<input type="checkbox"/> <i>häufig</i>	<input type="checkbox"/> <i>selten</i>	<input type="checkbox"/> <i>nein</i>
Wie oft essen Sie Obst?	<input type="checkbox"/> <i>kaum</i>	<input type="checkbox"/> 1-2xtägl.	<input type="checkbox"/> 3-4xtägl.	<input type="checkbox"/> >4xtägl
Wie oft essen Sie Gemüse?	<input type="checkbox"/> <i>kaum</i>	<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?				
Aktuelle Größe und Gewicht?				
		<i>kg</i>		<i>cm</i>
Um wieviel kg hat sich ihr Körpergewicht in den letzten zehn Jahren verändert?	<input type="checkbox"/> <i>Gewicht stabil</i>	<input type="checkbox"/> <i>Abnahme</i> <input type="checkbox"/> <i>Zunahme</i>		<i>kg</i>

VERDAUUNGSGEWOHNHEITEN UND -BESCHWERDEN				
Neigen Sie zu Verstopfung?	<input type="checkbox"/> <i>meist</i>	<input type="checkbox"/> <i>häufig</i>	<input type="checkbox"/> <i>manchmal</i>	<input type="checkbox"/> <i>nein</i>
Nehmen Sie häufiger Abführmittel?	<input type="checkbox"/> <i>meist</i>	<input type="checkbox"/> <i>häufig</i>	<input type="checkbox"/> <i>manchmal</i>	<input type="checkbox"/> <i>nein</i>
Ist Ihr Stuhlgang weich/breilig?	<input type="checkbox"/> <i>meist</i>	<input type="checkbox"/> <i>häufig</i>	<input type="checkbox"/> <i>manchmal</i>	<input type="checkbox"/> <i>nein</i>
Haben Sie Blähungen?	<input type="checkbox"/> <i>meist</i>	<input type="checkbox"/> <i>häufig</i>	<input type="checkbox"/> <i>manchmal</i>	<input type="checkbox"/> <i>nein</i>
Haben Sie Bauchschmerzen/-krämpfe?	<input type="checkbox"/> <i>meist</i>	<input type="checkbox"/> <i>häufig</i>	<input type="checkbox"/> <i>manchmal</i>	<input type="checkbox"/> <i>nein</i>
Haben Sie Völlegefühl?	<input type="checkbox"/> <i>meist</i>	<input type="checkbox"/> <i>häufig</i>	<input type="checkbox"/> <i>manchmal</i>	<input type="checkbox"/> <i>nein</i>
Haben Sie Übelkeit?	<input type="checkbox"/> <i>meist</i>	<input type="checkbox"/> <i>häufig</i>	<input type="checkbox"/> <i>manchmal</i>	<input type="checkbox"/> <i>nein</i>
Haben Sie saures Aufstoßen?	<input type="checkbox"/> <i>meist</i>	<input type="checkbox"/> <i>häufig</i>	<input type="checkbox"/> <i>manchmal</i>	<input type="checkbox"/> <i>nein</i>

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"/> <i>keine</i>
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"/> <i>keine</i>
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"/> <i>keine</i>
Hatten Sie in den ersten Lebensjahren Antibiotikabehandlungen?	<input type="checkbox"/> <i>vielen</i>	<input type="checkbox"/> <i>einige</i>	<input type="checkbox"/> <i>unbek.</i>	<input type="checkbox"/> <i>nein</i>
Sind Sie mit Kaiserschnitt zur Welt gekommen?	<input type="checkbox"/> <i>ja</i>		<input type="checkbox"/> <i>unbek.</i>	<input type="checkbox"/> <i>nein</i>
Wurden Sie als Kind gestillt? Wenn Ja: Wie viele Monate etwa?	<input type="checkbox"/> <i>nein</i>	<input type="checkbox"/> < 1	<input type="checkbox"/> 1-6	<input type="checkbox"/> >6
Wurden Ihre Rachenmandeln entfernt?	<input type="checkbox"/> <i>ja</i>			<input type="checkbox"/> <i>nein</i>
Nehmen Sie Säureblocker (für die Verdauung oder gegen Reflux)?	<input type="checkbox"/> <i>tägl.</i>	<input type="checkbox"/> <i>häufig</i>	<input type="checkbox"/> <i>selten</i>	<input type="checkbox"/> <i>nein</i>
Haben Sie Reizdarmbeschwerden?	<input type="checkbox"/> <i>tägl.</i>	<input type="checkbox"/> <i>häufig</i>	<input type="checkbox"/> <i>selten</i>	<input type="checkbox"/> <i>nein</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
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>>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"/> <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"/> <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"/> <i><1h</i>	<input type="checkbox"/> <i>1-3h</i>	<input type="checkbox"/> <i>3-7h</i>	<input type="checkbox"/> <i>>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><1 h</i>	<input type="checkbox"/> <i>1-2 h</i>	<input type="checkbox"/> <i>2-3 h</i>	<input type="checkbox"/> <i>>3 h</i>
Welche Entspannungstechniken praktizieren Sie (Meditation, Yoga, Feldenkrais, QiGong)?				
Wie oft praktizieren Sie die genannte Technik pro Woche?	<input type="checkbox"/> <i><1 h</i>	<input type="checkbox"/> <i>1-2 h</i>	<input type="checkbox"/> <i>2-3 h</i>	<input type="checkbox"/> <i>>3 h</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?