



Fragebogen Erstanalyse

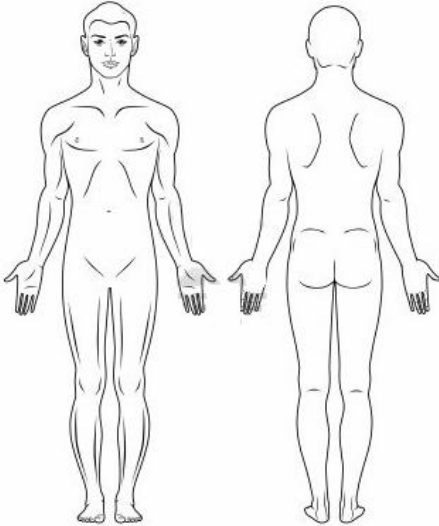
Mit Hilfe dieses Fragebogens kann ich mir einen sehr guten Überblick über Ihre momentane Situation verschaffen. Da alle Probleme, ob körperlich oder geistig, den ganzen Menschen betreffen, ist es wichtig diese ausführliche Erstanalyse durchzuführen. Gleichzeitig entsteht so eine „Bestandsaufnahme“ und später können wir schön die Entwicklungen und Verbesserungen vergleichen.

Füllen Sie bitte den Fragebogen am PC aus und speichern Sie ihn ab. Dann per Mail-Anhang zurück an mich. Oder mit der Hand ausfüllen und faxen bzw. spätestens am vereinbarten Termin mitbringen.

Name:	
Vorname:	
Straße:	
PLZ:	
Ort:	
Geb.-Datum:	
Geb.-Ort:	
Geb.-Land:	
Mail:	
Tel.:	
Hdy:	
Datum:	
Was ist der Grund für eine Beratung?	
Was erwarten Sie von der Beratung? Was sind Ihre Ziele? Wann war die Beratung für Sie erfolgreich?	



Gesundheitliche Probleme **aktuell** (Symptome, Schmerzen, akute Krankheiten, Allergien)?



Gesundheitliche Probleme früher (Operationen, Unfälle, **chronische** Krankheiten)?

Nehmen Sie Medikamente ein?

Wurden Sie schon einmal geimpft? Wann? Welche Impfung? (oder evtl. Impfbuch mitbringen)

Ernährungsgewohnheiten / Abhängigkeiten

Was und wie viel trinken Sie am Tag?

Essen Sie regelmäßig und oft basisch (Obst, Gemüse, wenig Fleisch)?

Gibt es Abhängigkeiten (Kaffee, Zigaretten, Süßigkeiten,...)?

Sind Nahrungsmittelallergien / Unverträglichkeiten bekannt?

Nehmen Sie Nahrungsergänzungsmittel ein? Welche? Wie oft?

Bewegung



Bewegen Sie sich regelmäßig? An der frischen Luft?

Treiben Sie Sport? Welchen?

Beruf

Welchen Beruf üben Sie aus?

Ihre berufliche Tätigkeit ist überwiegend

- sitzend
- stehend
- gehend
- wechselnd
- körperlich anstrengend
- im Freien
- Akkord
- Schichtarbeit

Fühlen Sie sich in Ihrer Tätigkeit wohl?

Gibt es Belastungen am Arbeitsplatz? (Dämpfe, Hitze....)

Wie ist das Arbeitsklima?

Familie

Haben Sie einen Lebenspartner?

Würden Sie selbst die Beziehung als glücklich bezeichnen?

Haben Sie Kinder?

Gibt es Belastungen durch die Familie?

Nehmen Sie sich Zeit für Ihre Freizeitgestaltung und Hobbys?

- oft regelmäßig selten fast nie

Wer wohnt mit im Haushalt (Tiere, Eltern, Schwiegereltern.....)?



Psyche

Grübeln Sie viel?

Haben Sie Ängste?

Fühlen Sie sich oft überlastet?

Machen Sie sich viele Sorgen/Gedanken?

Haben Sie Stimmungsschwankungen?

Haben Sie Konzentrationsschwierigkeiten?

Können Sie gut entspannen?

Fühlen Sie sich manchmal niedergeschlagen?

Wohnen

Handelt es sich um einen Neu- oder Altbau?

Seit wann wohnen Sie in diesem Haus?

Wissen Sie etwas über den Vorbesitzer?

Wie ist das Verhältnis zu den Nachbarn?

Sind Sie mit Ihrer Wohnsituation zufrieden?



Bitte spontan bewerten von -5 (nicht zutreffend) bis +5 (voll zutreffend)	-5	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4	+5
Lebensfreude - ich genieße jeden Tag und spüre mein Glück											
Physische Erscheinung - Ich bin glücklich mit meinem Aussehen											
Körpergewicht - ich habe mein Wohlfühlgewicht											
Körperliche Bewegung - ich bewege mich regelmäßig und bin sportlich aktiv											
Selbstvertrauen - ich vertraue mir und gehe mutig meinen Weg											
Selbstrespekt - ich achte mich und Sorge gut für mich, ich bin mir wichtig											
Ehrlichkeit - ich sage ehrlich meine Meinung und bin authentisch											
Unverletzlichkeit - ich grenze mich gut ab und nehme Kritik nicht zu ernst											
Flexibilität - ich kann mich neuen Situationen und Veränderungen gut anpassen											
Hoffnung - ich denke positiv und habe immer Vertrauen, dass alles gut wird											
Verantwortlichkeit - ich übernehme die Eigenverantwortung für mich und bin zuverlässig											
Freiheit - ich bin frei von Süchten und Zwängen und kann meine Freiheit spüren											
Kommunikationsfähigkeit - ich sage klar und deutlich was ich möchte, ich werde verstanden											
Kreativität - ich lebe meine Kreativität und Ideenreichtum											
Spiritualität - ich habe einen festen Glauben an die Kraft die hinter allem steht											
Lebensplan - ich weiß den Sinn meines Lebens											
Lebensziel - ich habe feste Ziele, die ich in meinem Leben erreichen möchte											
Partnerschaft - ich habe eine bereichernde Partnerschaft											
Sexuelle Qualität - meine sexuellen Wünsche werden voll und ganz befriedigt											
Sexuelle Quantität - meine sexuelle Lust wird ausreichend oft befriedigt											
Verhältnis zu Eltern - ich achte meine Eltern und habe eine gute Verbindung zu Ihnen											
Verhältnis zu Freunden - ich habe genug gute Freunde und habe auch Zeit für Sie											
Verhältnis zu Geschwistern - ich verstehe mich gut mit meinen Geschwistern											
Verhältnis zu Kindern - ich verstehe mich gut mit meinen Kindern, sie achten und schätzen mich											
Finanzen - ich bin voll und ganz zufrieden mit meiner finanziellen Situation											
Karriere-Befriedigung - mein Beruf macht mir Spaß und gibt mir Anerkennung											
Karriere-Status - mein berufliches Vorankommen ist optimal											
Freizeit - ich habe genügend Freizeit für meine Hobbys / Freunde											
Wohnung - ich fühle mich wohl und geborgen in meiner Wohnung											
Schlafqualität - ich schlafe ausreichend, tief und fest und wache morgens ausgeruht auf											
Ernährung - ich ernähre mich gesund und achte auf meinen Vitamin- und Mineralhaushalt											



Bitte Belastung bzw. Schmerzen bewerten von -5 (ganz schlimm) bis +5 (kein Problem)	-5	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4	+5
Allergien											
Alpträume											
Ängste											
Asthma											
Bluthochdruck											
Depressionen											
Energielosigkeit											
Gelenkschmerzen											
Gereiztheit											
Haarausfall											
Häufig verstopfte Nase											
Heuschnupfen											
Kopfschmerzen											
Lustlosigkeit											
Migräne											
Nervosität											
Rückenschmerzen											
Schwaches Immunsystem											
Stoffwechselprobleme											
Stress											
Verdauungsprobleme											
Vergesslichkeit											
Verspannungen											
Sonstiges:											

Haben Sie einen Herzschrittmacher?

Ja Nein

Haben Sie Implantate, z.B. künstliches Kniegelenk, Hüfte oder Wirbelsäulen-Implantate?

Ja Nein wenn Ja welche/wo _____

Sind Sie schwanger?

Ja Nein

Leiden Sie an Epilepsie?

Ja Nein

Vielen Dank für Ihre aktive Mitarbeit.

