

Name (oder anonym)

Geburtsdatum

Geburten (Fehlgeburten)

Arztstempel / Datum

Beantworten Sie die Fragen von 1-5: 1 trifft zu - 5 trifft nicht zu

Diagnose:

Wiederholen Sie den Fragebogen nach einiger Zeit und markieren Sie die Veränderungen mit anderen Farben.

Datum:

.....

.....

.....

Bekannte Erkrankungen in Ihrer Familie:
Welche?

Eigene frühere Erkrankungen/Operationen:

Medikamente:

Grund für Arztbesuch:

Vorsorgeuntersuchung ja nein

Derzeitige Schmerzen, Beschwerden:

Ich lebe bewusst.

1 2 3 4 5 ⚡

Mein Familienleben ist harmonisch.

1 2 3 4 5 ⚡

Ich achte
und liebe mich.

1 2 3 4 5 ⚡

Ich nutze meine
Möglichkeiten aus.

1 2 3 4 5 ⚡

Ich lebe in einer guten
Partnerschaft bzw. bin mit meinem
Single-Leben zufrieden.

1 2 3 4 5 ⚡

Mein Arbeitsplatz
(Studium / Pension) ist gesichert.

1 2 3 4 5 ⚡

Ich ernähre mich gesund.

1 2 3 4 5 ⚡

Ich betreibe Ausgleichssport.

1 2 3 4 5 ⚡

Ich trinke mindestens 2 l
Wasser (Tee) pro Tag.

1 2 3 4 5 ⚡

Ich mache ausreichend Bewegung
(Treppensteigen, Hausarbeit, Beruf).

1 2 3 4 5 ⚡

Ich schlafe ausreichend.

1 2 3 4 5 ⚡

Mir ist Natur (Haustiere, Garten,
Balkon etc.) wichtig.

1 2 3 4 5 ⚡

Ich kann mich entspannen –
loslassen.

1 2 3 4 5 ⚡

Ich gönne mir ausreichend Freizeit.

1 2 3 4 5 ⚡

Ich habe eine unbeschwerte
Kindheit und Jugend gehabt.

1 2 3 4 5 ⚡

Ich habe beruflich und privat den
Stress gut unter Kontrolle.

1 2 3 4 5 ⚡

Ich sehe in meinem Leben
einen Sinn.

1 2 3 4 5 ⚡

Ich bin derzeit frei von seelischem
Druck und Belastungen.

1 2 3 4 5 ⚡

Ich glaube an Gott /
andere höhere Mächte.

1 2 3 4 5 ⚡

Bitte lesen Sie die Erklärungen auf der Rückseite.