

# Gesundheitsfragebogen

HAND UND FUSS  
by Max Binder

Name:

Adresse:

Telefon/Mobil:

E-Mail:

Geburtsdatum:

Linkshänder /  Rechtshänder

Versicherung:

Versichertenkarten-Nr: 807

AHV-Nr:

---

Haben Sie chronische oder akute körperliche Beschwerden?

---

Hatten Sie schon Rolfing®-Sitzungen?

nein  ja, bei wem und wann:

---

Haben Sie Psychotherapieerfahrung? Erfahrung in anderen Körpertherapien?

nein  ja, was, bei wem und wann:

---

Befinden Sie sich in psychiatrischer Behandlung?

nein  ja, seit wann:

---

## Fragen zum Organsystem

Um eine ganzheitliche Behandlung zu ermöglichen, ist es wichtig, alle Symptome zu erfassen, auch wenn diese auf den ersten Blick nicht mit Ihren eigentlichen Beschwerden in Verbindung zu stehen scheinen.

Bitte kreuzen Sie dafür zutreffende Symptome an.

### Mundhöhle

- Zahn-/Kieferschmerzen
- Schluckstörungen
- Kloßgefühl
- veränderte Sprache
- Heiserkeit
- andere:

### Magen

- Sodbrennen
- Reflux
- Völlegefühl
- Bauchschmerzen/-krämpfe
- Übelkeit
- Erbrechen

Beschwerden

- vor  während  sofort  nach dem Essen  länger nach dem Essen

Unverträglichkeiten (Nahrungsmittel/Alkohol), welche?

---

### Darm

- Durchfall
- Verstopfung
- Blähungen

## Blase

- häufiges Wasserlassen
- Schmerzen beim Wasserlassen
- Restharn
- nicht Wasserlassen können
- nächtliches Wasserlassen
- Probleme Urin halten zu können
- Missempfindungen im Beckenbodenbereich

## Urin – Menge:

- tröpfchenweise
- mehr als gewöhnlich
- weniger als gewöhnlich

## Geschlechtsfunktion

- Libido-Veränderungen, welche?
  - aktueller Kinderwunsch
- ♂
- Erektionsveränderung, welche?
  - Auffälligkeiten im/am Hoden, welche?

♀

Zyklus noch vorhanden

- ja
- nein

Dauer des Zyklus:

Dauer der Menstruation:

- regelmäßig
- unregelmäßig

Beschwerden vor/während der Menstruation:

---

Verhütungsmittel:

Sind Sie schwanger?

- ja
- nein

### Herz-Kreislaufsystem

- Bluthochdruck
- Herzrasen
- Herzstolpern
- verminderte Belastbarkeit
- weitere Herzprobleme:
  - Schmerzen in der Brust
  - Schwindel
  - Krampfadern, wo?
  - gestaute Halsvenen
- Auffälligkeiten in der letzten Blutuntersuchung:

### Lunge

- Atembeschwerden
- Atemnot
- veränderter Atemgeruch
- Husten  mit /  ohne Auswurf
  - Aussehen:
    - blutig
    - grün/gelb
    - schleimig

### Immunsystem

- Fieber
- Abgeschlagenheit
- Appetitlosigkeit
- nächtliches Schwitzen
- ungewollter Gewichtsverlust

- häufige Infekte
  - Erkrankungen (auch chronische, entzündliche, Allergien):
- 

### Weitere Beschwerden

(bei einseitigen Beschwerden bitte mit R (rechts) oder L (links) markieren)

- Augen
- Ohren
- Kopfschmerzen
- Halswirbelsäule
- Brustwirbelsäule
- Lendenwirbelsäule
- Nackenschmerzen
- Schulter
- Arm
- Hand
- Hüfte
- Bein
- Fuss
- Krämpfe
- Venenentzündungen
- Schilddrüsenproblem
- andere:

### Krankheiten

- Diabetes
- Osteoporose
- Krebs
- andere:

### Operationen (welche und wann?)

---

Medikamente (für was werden diese eingenommen?)

---

Schlaf

- Schlafdauer in h:
- Schlafprobleme:  einschlafen  durchschlafen

Tragen Sie

- Kontaktlinsen
- ein Gebiss
- eine herausnehmbare Brücke?

Welche Sportarten betreiben Sie regelmäßig?

---

Gibt es irgendein Ereignis, das sehr viel Energie zieht?

- ja
- nein

Wie sind Sie auf Rolfing® aufmerksam geworden?

- Internet
  - Werbung, wo?
  - Freunde
  - Arzt
  - andere:
- 

**Erklärung**

Rolfing®-Sitzungen sind keine medizinische Heilbehandlung.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass im Rahmen der von mir gewünschten Rolfing®-Sitzungen aus rechtlichen Gründen, Krankheiten, Leiden, körperliche Schäden oder krankhafte Beschwerden weder diagnostiziert noch behandelt werden können. Einen heilenden Einfluss auf eventuelle Krankheiten erwarte ich daher nicht.

Mir ist bekannt, dass ich bei Unklarheiten jederzeit ärztlichen Rat einholen kann.  
Ich leide weder an einer ansteckenden Krankheit, die andere gesundheitlich gefährden könnte, noch befinde ich mich zurzeit in psychiatrischer Behandlung.

Datum, Ort und Unterschrift