

# Meine Gesundheitsgeschichte

Bitte fülle (füllen Sie) diesen Fragebogen so gut Du kannst (Sie können) aus. Einige der Fragen mögen vielleicht schwierig aussehen oder nicht relevant für Dich (Sie) scheinen. Das Ziel dieser Anamnese ist es, Dich und Deine (Sie und Ihre) Lebensgeschichte aus ganzheitlicher Sicht wohlwollend zu beleuchten, um so in der Lage zu sein, wirksam Rat erteilen zu können.

Name		
Adresse		
Telefon	E-Mail	
Geburtsdatum		
Bevorzugte Anrede	Geschlecht, mit dem Du Dich (Sie sich) identifizieren	Bei der Geburt zugewiesenes Geschlecht
Wie hast Du (haben Sie) von mir und dieser Arbeit erfahren?		

Die Abdominal-Therapie ersetzt nicht die Behandlung durch einen Arzt. Abdominal Therapeuten diagnostizieren keine Krankheiten, körperlichen oder geistigen Zustände. Abdominal Therapy Praktiker verschreiben keine Arzneimittel.

## Corona-Information

Hast Du (Haben Sie) eine Coronainfektion durchgemacht?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja wann?		
Bist Du (sind Sie) geimpft gegen Covid-19?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Hast Du (haben Sie) Beschwerden im Zusammenhang mit der Impfung bzw. der Infektion?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Falls ja, kannst Du (können Sie) die Nebenwirkung beschreiben?		

Ich habe alle bekannten Bedingungen angegeben und werde meinen Arzt über meine Gesundheit auf dem Laufenden halten. Indem ich unten unterschreibe, bestätige ich, dass alle Informationen, die ich angegeben habe, korrekt sind. Ich gehe davon aus, dass diese Informationen vertraulich bleiben.

Unterschrift	Name	Datum
--------------	------	-------

## Was ist der Grund für Deinen (Ihren) Besuch?

Was ist der Hauptgrund für Deinen (Ihren) Besuch?

Was ist das Ziel das Du (Sie) erreichen möchtest (möchten)?

Seit wann hast Du (haben Sie) Veränderungen festgestellt?

Hast Du (haben Sie) das Gefühl dass es einen Auslöser gibt für Dein (Ihr) Befinden?

Beschreibe Stressfaktoren, die zu der Zeit aufgetreten sind?

Was hilft Dir (Ihnen), verschafft Besserung?

Was macht es schlimmer?

Welche Veränderungen möchtest Du (möchten Sie) in den nächsten 6 Monaten erreichen?

## Ein bisschen Geschichte

Nimmst Du (Nehmen Sie) eines der folgenden Dinge ein: Medikamente, Verhütungsmittel, Nahrungsergänzungsmittel, Naturheilmittel? Wenn ja, beschreibe (n Sie) bitte welche:

Konsumierst Du (konsumieren Sie) Alkohol oder Freizeitdrogen? Wenn ja, wie regelmäßig und wie fühlst Du Dich (fühlen Sie sich) dabei?

Rauchst Du (rauchen Sie)? Wenn ja, wie regelmäßig und wie fühlst Du dich (fühlen Sie sich) dabei?

Habst Du (haben Sie) Allergien? Wenn ja, wogegen? Wie reagierst Du (reagieren Sie)?

Hast Du (haben Sie) eines der folgenden erlebt? Wenn ja, teile/n Sie bitte einige Details mit.

Chirurgie

Unfälle

Verletzungen an Kreuzbein/Kopf/Steißbein

## Sorgen

Hast Du (haben Sie) oder früher jemals unter einem der folgenden Probleme gelitten:

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Kopfschmerz                                     | <input type="checkbox"/> Ischias                           | <input type="checkbox"/> Schlafprobleme         |
| <input type="checkbox"/> Asthma  | <input type="checkbox"/> Bandscheibenvorfall               | <input type="checkbox"/> Gefühl der Ohnmacht    |
| <input type="checkbox"/> Kalte Hände/Füße                                | <input type="checkbox"/> Schmerzhafte/geschwollene Gelenke | <input type="checkbox"/> Krampfadern            |
| <input type="checkbox"/> Geschwollene Knöchel                            | <input type="checkbox"/> Nacken-/Schulter-/Kieferspannung  | <input type="checkbox"/> Krebs (Typ)            |
| <input type="checkbox"/> Probleme mit Stirn-oder Nebenhöhlen/Erkältungen | <input type="checkbox"/> Hoher/niedriger Blutdruck         | <input type="checkbox"/> Hämorrhoiden           |
| <input type="checkbox"/> Anfälle   | <input type="checkbox"/> Wunde Fersen beim Gehen           | <input type="checkbox"/> Taube Füße beim Stehen |
| <input type="checkbox"/> Hautprobleme                                    | <input type="checkbox"/> Angstzustände                     |   |
| <input type="checkbox"/> Schmerzen im unteren Rücken                     | <input type="checkbox"/> Depressionen                      |   |

## Familiengeschichte

Bitte teile/n Sie alle wichtigen Details Ihrer Geburtsfamiliengeschichte, falls bekannt; Dies kann körperliche oder geistige Gesundheit, Lebensstil, Todesursache / Alter Ihrer Eltern und alle anderen Details umfassen, die Sie für relevant halten.

Mütterlich

Väterlich

## Darmgesundheit

Beschreibe/n Sie Ihre Beziehung zum Essen?

Wie waren die Essenszeiten beim Heranwachsen?

Wie sind die Essenszeiten jetzt?

Haben Sie Nahrungsmittelunverträglichkeiten oder Allergien?

Folgen Sie einer bestimmten Diät?

ißt Du (Essen Sie) selbst gekochtes Essen?	<input type="checkbox"/> Hauptsächlich	<input type="checkbox"/> Gelegentlich	<input type="checkbox"/> Nie

Wieviel ist Deine (Ihre) typische tägliche Aufnahme der folgenden Flüssigkeiten:

Wasser	Koffein	Alkohol
--------	---------	---------

Hast Du (haben Sie) nach dem Essen Blähungen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
---	-----------------------------	-------------------------------

Wenn ja, welche Lebensmittel lösen das aus?

Wie oft hast Du (haben Sie) Stuhlgang?

Leidest Du (leiden Sie) unter Bauchschmerzen, Verstopfung, Durchfall, unvollständigem Stuhlgang, dünnem Stuhl, Blut oder Schleim im Stuhl?

## Mentale & Emotionale Gesundheit

Wie nährst du (nähren Sie) deine (Ihre) Seele?

Wo und wie findest du (finden Sie) Freude?

Hast Du (haben Sie) derzeit Stress?

Wie wirkt sich dieser auf Dein (Ihr) Leben aus und wie gehst Du (gehen Sie) damit um?

Hast Du (haben Sie) einen Glauben oder eine spirituelle Praxis und wenn ja, wärst Du (wären Sie) bereit, dies zu teilen?

Welche körperliche Betätigung (Bewegung, Sport) macht Dir (Ihnen) Spaß und wie oft machst du (machen Sie) sie?

Hast Du (haben Sie) schlechte Laune, Angstzustände, Depressionen, posttraumatische Belastungsstörungen oder andere psychische Erkrankungen, die Du (Sie) teilen möchtest (möchten)?

Hast Du (haben Sie) traumatische Ereignisse erlebt, die Du (Sie) gerne teilen würdest (würden)?

Hast Du (haben Sie) darüber nachgedacht, professionelle Unterstützung in Anspruch zu nehmen?

## Gesundheit des Beckens

Hast Du (haben Sie) Beckenschmerzen oder Verstopfung?

Ja

Nein

Wenn ja, wie wirkt sich das aus?

Hast Du (haben Sie) Schmerzen in einem der folgenden Bereiche?

Gebärmutter

Penis

Rektum

Eierstöcke

Prostata

Schmerzen beim Sex

Vagina

Hoden

Perineum

Vulva

Hast Du (haben Sie) eines der folgenden Harnprobleme? Wenn ja, wie wirkt sich das aus?

Inkontinenz – Husten, Springen

Unvollständige

Blasenkrebs

Überaktive Blase

Blasenentleerung

Blasenprolaps

Nächtliche Dringlichkeit

Konstante Leckage

Blasensteine

Blasenentzündung

Interstitielle Zystitis

Nierensteine

Hattest Du (Hatten Sie) Tests - PAP bzw. vaginal Abstrich, PSA (prostataspezifische Antigen) oder STD (Geschlechtskrankheiten-Test)?

Hattest Du (Hatten Sie) jemals abnormale Ergebnisse?

Ja

Nein

Wenn ja, wann und wurdest Du (wurden Sie) behandelt?

Hast Du (haben Sie) derzeit / früher Geburtenkontrolle verwendet? Wenn ja, geben Sie bitte an, welche und ob hormonell, für wie lange:

Pille

Injektion

Abstinenz

Pflaster

Kondome

Verhütungsmethode

Diaphragma

Spirale

## Menstrationsgesundheit

Tritt eines der folgenden Symptome auf:

Schmerzhaftes Perioden

Schwindel

Blutungen/Schmierblutungen während des Eisprungs

Keine Perioden

Darmveränderungen

Prämatüre Ovarialinsuffizienz (POI)

Rückenschmerzen vor/während/nach der Blutung

Kopfschmerzen/Migräne

Polypen -uterus/zervikal

Unregelmäßige Zyklen

Schmerzhafte Eisprung

Myome -Lage/Größe/Anzahl

Schwere vor der Periode

Unregelmäßiger Eisprung

Zysten -Lage/Größe/Anzahl

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Dunkles dickes Blut -<br>Anfang/Ende | <input type="checkbox"/> Fehlender Eisprung   | <input type="checkbox"/> Inkontinenz - Blase / Darm |
| <input type="checkbox"/> Übermäßige Blutungen                 | <input type="checkbox"/> Wiederkehrende Infektionen<br>der Blase, Gebärmutter,<br>Scheide – Bakterien oder<br>Hefen | <input type="checkbox"/> Vaginale Trockenheit       |
| <input type="checkbox"/> Klumpen                              |   | <input type="checkbox"/> Blähungen                  |

Wie alt warst du (waren Sie) bei der ersten Menstruation?

Wie war das für Dich (Sie)?

Wie viele Tage dauert Dein (Ihr) Menstruationszyklus?

Wie viele Tage ist Deine (Ihre) Blutung?

Falls Du (Sie) zu Beginn oder am Ende Schmierblutungen hast (haben) wie viele Tage?

Welche Menstruationsprodukte verwendest Du (verwenden Sie)?

Blutest Du (bluten Sie) durch mehr als einen Tampon oder eine Binde pro Stunde?

Wann war Deine (Ihre) letzte Menstruationsblutung?

Wie fühlst du dich (fühlen Sie sich) in Bezug auf deinen (Ihren) Menstruationszyklus?

Zeichnest Du (zeichnen Sie) Ihren Zyklus auf?

Wenn ja, wie – App, Papierdiagramme?

Weisst Du (wissen Sie), ob Deine (Ihre) Mutter, Schwester oder andere enge weibliche Verwandte eines der folgenden Probleme erlebt haben?

- |  |                                       |   |
|--|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Unfruchtbarkeit | <input type="checkbox"/> Endometriose | <input type="checkbox"/> Menstruationsbeschwerden   |
| <input type="checkbox"/> Myome           | <input type="checkbox"/> Krebs        | <input type="checkbox"/> Probleme mit der Menopause |

## Urogenitale Gesundheit

Leidest Du (leiden Sie) oder hast Du (haben Sie) jemals unter einem der folgenden Probleme gelitten:

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Schmerzhaft/Brennen beim<br>Wasserlassen | <input type="checkbox"/> Schmerzen/Beschwerden der<br>Hoden                               | <input type="checkbox"/> Prostataerkrankung oder<br>Krebs                  |
| <input type="checkbox"/> Harnverhalt                              | <input type="checkbox"/> Penis  | <input type="checkbox"/> Beckenverletzung oder<br>Operation                |
| <input type="checkbox"/> Harninkontinenz oder Tröpfeln            | <input type="checkbox"/> Mastdarm   | <input type="checkbox"/> Spermienbedingte<br>Fruchtbarkeitsprobleme        |
| <input type="checkbox"/> Schwierigkeiten beim<br>Wasserlassen     | <input type="checkbox"/> Innenseite der Oberschenkel                                      | <input type="checkbox"/> Vulvodynie  |
| <input type="checkbox"/> Schwacher/unterbrochener<br>Urinfluss    | <input type="checkbox"/> Beckenboden/Perineum   | <input type="checkbox"/> Blasenentzündung                                  |
| <input type="checkbox"/> Häufige Blasenentzündungen               | <input type="checkbox"/> Erektionsschmerzen/-<br>probleme                                 | <input type="checkbox"/> Interstitielle Zystitis<br>(Blasenschmerzsyndrom) |
| <input type="checkbox"/> Blut/Eiter im Urin                       | <input type="checkbox"/> Schmerzen im unteren<br>Rückenbereich, besonders<br>nach dem Sex | <input type="checkbox"/> Herpes  |
| <input type="checkbox"/> Beckenschmerzen/Druck                    | <input type="checkbox"/> Veränderungen im<br>Sexualtrieb                                  | <input type="checkbox"/> HPV   |
| <input type="checkbox"/> Nächtliches Wasserlassen                 |   | <input type="checkbox"/> Bartholinszysten                                  |

## Begehren & Libido

Macht Dir (Ihnen) der Liebesakt Spaß?

Erreichst Du (erreichen Sie) den Höhepunkt?

Bist du (sind Sie) mit deinem (Ihrem) sexuellen Verlangen zufrieden?

Hast Du (haben Sie) in letzter Zeit Veränderungen bemerkt?

Was halten Sie davon?

## Fruchtbarkeit & Schwangerschaft Gesundheit

Hoffst Du (hoffen Sie), schwanger zu werden?

Wenn ja, wie lange habst Du (haben Sie) es schon versucht?

Warst Du (waren Sie) oder Ihr/e Partner/in bereits schwanger?

Ja

Nein

Wenn ja, hattest Du Dich (haben Sie sich) entschieden, die Schwangerschaften auszutragen, und wie waren sie?

Hast Du (haben Sie) einen Verlust erlitten?

Hast Du (haben Sie) geboren?

Wenn ja, wie war die Erfahrung?

Wie war Deine (Ihre) Erfahrung nach der Geburt?

Hattest Du (hatten) Sie Fruchtbarkeitstests, z.B. Sperma oder Eizellreserve?

Bist Du (Sind Sie) in der Obhut eines Fruchtbarkeitspezialisten?

Bitte beschreibe (n Sie) alle Behandlungen, die Du (Sie) möglicherweise erhalten haben, einschließlich – IUI (Intrauterine Insemination=assistierte Befruchtung), IVF (In-Vitro Fertilisation), ICSI (Intracytoplasmatische Spermieninjektion), Hormonbehandlung, Operationen.

## Peri/Menopause Gesundheit

Wie fühlst du dich (fühlen Sie sich) in den Wechseljahren?

Welche Geschichte/n trägst Du (tragen Sie)?

Welche positiven Wechseljahrs Vorbilder hast Du (haben Sie)?

Führen Sie ein Wechseljahrstagebuch?

Tritt eines der folgenden Symptome auf:

- |   |   |  |   |
|---|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Hitzewallungen     | <input type="checkbox"/> Schlaflosigkeit          | <input type="checkbox"/> Sehr starke Blutung | <input type="checkbox"/> Unregelmäßige Menstruation |
| <input type="checkbox"/> Vaginaler Ausfluss | <input type="checkbox"/> Trockene/juckende Haut   | <input type="checkbox"/> Müdigkeit           | <input type="checkbox"/> Schlechtes Gedächtnis      |
| <input type="checkbox"/> Erhöhte Libido     | <input type="checkbox"/> Trockene/juckende Vagina | <input type="checkbox"/> Depression          | <input type="checkbox"/> Stimmungsschwankungen      |
| <input type="checkbox"/> Verminderte Libido | <input type="checkbox"/> Vaginale Atrophie        | <input type="checkbox"/> Angst               | <input type="checkbox"/> Reizbarkeit                |
| <input type="checkbox"/> Schmerzhafter Sex  | <input type="checkbox"/> Spotting                 |  |   |



Wann hast Du (haben Sie) angefangen, Symptome zu bemerken?

Ändern sich diese, nehmen sie zu oder ab?

Hast Du (haben Sie) einen Zusammenhang zwischen Deinen (Ihren) Symptomen bemerkt und:

Ernährung

Arbeitsbelastung

Stresslevel

Verwendest Du (verwenden Sie) oder hast Du (haben Sie) jemals Hormonersatztherapie oder bioidentische Hormone verwendet?

Wenn ja, welche und wie lange?

---

Vielen Dank, dass Du Dir (Sie sich) die Zeit genommen hast (haben), Deine (Ihre) Informationen zu teilen.

Möchtest Du (möchten Sie) mir noch etwas mitteilen?

Blank lined area for notes.