



Luminis by Dr. med. Mevlude Türkmen
Privatpraxis für Regeneration, Vitalmedizin und
Ästhetik
Posthof 2-4
37081 Göttingen
0551 999 69 590
info@luminis-med.de

Ganzheitlicher Fragebogen

Bitte füllen Sie diesen Anamnesebogen **VOR** ihrem Erstberatungsgespräch bei uns aus und senden Sie uns diesen, zusammen mit möglichen Vor-Laboren oder Arztberichten, mindestens 7 Tage vorher.

Angaben zur Person:

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift : _____

Telefon: _____ Email: _____

Krankenkasse: _____

☐ weiblich ☐ männlich

Lebenssituation: ☐ allein lebend ☐ geschieden ☐ verheiratet ☐ in fester Partnerschaft ☐ Kinder

Derzeitige berufliche Situation _____

Wochenarbeitszeit: _____

Größe: _____ m

Gewicht: _____ Kg

Bauchumfang: _____ cm

Veränderung Ihres Körpergewichts:

Ich habe in den letzten 10 Jahren:

☐ mein Gewicht kaum verändert

☐ _____ kg abgenommen

☐ _____ kg zugenommen

[illegible]

Erkrankungen in der Familie (Mutter, Vater, Geschwister)

z.B. Bluthochdruck, Diabetes, Herzinfarkt, Schlaganfall, Krebserkrankungen, Neurodermitis, Asthma, Depression, Nervenleiden, sonstige....

- ☐ Bluthochdruck
- ☐ Herzinfarkt / koronare Herzkrankheit
- ☐ Herzrhythmusstörungen
- ☐ Schlaganfall
- ☐ Diabetes
- ☐ Schilddrüsenerkrankungen
- ☐ Nierenerkrankungen
- ☐ Darmerkrankungen
- ☐ Lebererkrankungen
- ☐ Rheuma
- ☐ Hörsturz / Tinnitus
- ☐ Depression / Nervenleiden
- ☐ Hauterkrankungen (Neurodermitis, Psoriasis, Akne....)
- ☐ Atemwegserkrankungen (Asthma, COPD, etc.)
- ☐ Allergien / Heuschnupfen ☐

sonstiges-> wenn ja, welche Erkrankung:

Gab es bedeutsame Operationen, Unfälle oder Verletzungen, insbesondere der Halswirbelsäule? (wann,was?):

Wurde bei Ihnen bereits eine Magen- oder/ und Darmspiegelung durchgeführt? Wenn ja, wann und wo und gab es Auffälligkeiten?

Gab es bei früheren Laboruntersuchungen Auffälligkeiten? (z.B erhöhte Leberwerte, Nierenwerte, Blutzuckerwerte, Eisenmangel, auffällige Schilddrüsenwerte....)

Leiden Sie an folgenden Beschwerden?

- ☐ Auswurf / Schleim im Hals oder Rachen
- ☐ Verstopfter Nase / Naselaufen
- ☐ Luftnot bei Anstrengung
- ☐ Luftnot in körperlicher Ruhe
- ☐ Engegefühl / Beklemmung in der Brust
- ☐ Einschlafprobleme
- ☐ Durchschlafprobleme
- ☐ Nächtliche Atemauffälligkeiten, Schnarchen, Atempausen
- ☐ Zähneknirschen
- ☐ Morgendliche Unausgeschlafenheit, Müdigkeit am Tage
- ☐ Rasche Erschöpfung bei Anstrengung
- ☐ Konzentrationsstörungen
- ☐ Gedächtnisstörungen
- ☐ Schwindel

- ☐ Heißhungerattacken
- ☐ Appetitlosigkeit
- ☐ Mundgeruch
- ☐ Schmerzen (wo genau: _____)
- ☐ Muskel- und Wadenkrämpfe
- ☐ Muskelschwäche
- ☐ Antriebslosigkeit / Lustlosigkeit
- ☐ Traurigkeit / Depressivität
- ☐ Ängste ☐ vermehrtes Schwitzen
- ☐ Kopfschmerzen
- ☐ Haarausfall
- ☐ Hautprobleme
- ☐ gehäuftes Wasser lassen
- ☐ Augentrockenheit
- ☐ Wassereinlagerungen
- ☐ Infektanfälligkeit
- ☐ Blasenentzündungen, pro Jahr: _____
- ☐ Antibiotikabehandlungen: _____

Verdauungsgewohnheiten- und Beschwerden:

Wie oft haben sie Stuhlgang? _____ pro Tag. Wenn nicht täglich: _____ mal pro Woche.
 Konsistenz des Stuhls überwiegend ☐ wohlgeformt ☐ fest ☐ breiig

- ☐ Bauchschmerzen
- ☐ Völlegefühl
- ☐ Übelkeit
- ☐ Erbrechen
- ☐ Sodbrennen
- ☐ Vermehrtes Aufstoßen

Notieren Sie nun bitte noch alle (!!!) Medikamente UND Nahrungsergänzungsmittel inkl. Dosierungen und genauem Präparate Namen. Hierzu zählen auch verhütende Maßnahmen, Sprays und Bedarfsmedikation (z.B Schmerz-, Allergie-, Schlaftabletten etc.)

Medikament / NEM	Morgens/ Dosierung	Mittags/ Dosierung	Abends/ Dosierung	z. Nacht/ Dosierung	b. Bedarf

- ☐ Rauchen: _____ Zigaretten/Tag, seit _____ Jahren
- ☐ Alkohol: _____/Woche

Treiben Sie regelmäßig Sport? (wenn ja, was / wie häufig?)

Ernährung: Ernähren Sie sich nach einer speziellen Ernährungsform? (Low fat, Low Carb, Vegetarisch, vegan, Paleo, etc.)?

☐ ja ☐ nein

Wenn ja, seit wann?

Neigen Sie zu emotionalem Essen? ☐ ja ☐ nein

Neigen Sie zu Essanfällen? ☐ ja ☐ nein Wenn ja, in welcher Situation?

Essen Sie generell ☐ regelmäßig ☐ unregelmäßig ☐ viele Zwischenmahlzeiten

Kochen Sie selbst? ☐ nie ☐ gelegentlich ☐ häufig

Essen Sie außer Haus? ☐ nie ☐ gelegentlich ☐ häufig

Was ist ihr Lieblingsessen?

Bei Übergewicht:

Niedrigstes Gewicht: _____ (Zeitpunkt: _____)

Höchstes Gewicht: _____ (Zeitpunkt: _____)

Wunschgewicht: _____ (Zeitpunkt: _____)

Bereits absolvierte Diätversuche und deren Erfolge/ Misserfolge:

Wie oft essen / trinken Sie ca. folgende Nahrungsmittel?

	(fast) nie	Ab und zu	mehrfach/ Woche	1 x tgl.	mehrfach tgl.
Milch					
Quark/Joghurt					
Käse					
Eier					
Brot/Brötchen					
Müsli					
Nudeln					
Reis					
Kuchen/Kekse					
Süßigkeiten					
Chips					
Fleisch					
Fisch					
Wurst					
Gemüse					
Obst					
Hülsenfrüchte					
Nüsse					
Fastfood					
Fruchtsäfte					
Softdrinks					
Bier (Gläser)					
Wein (Gläser)					

Wie viel trinken Sie durchschnittlich pro Tag (alle Getränke zusammengerechnet)?

_____ Liter

Gibt es Nahrungsmittel, die Ihnen nicht gut bekommen?

Wurden bei Ihnen bereits Nahrungsmittelunverträglichkeits- und/ oder Allergietestungen durchgeführt? Wenn ja, wann und welche, mit welchem Ergebnis?

Wie steht es um ihre Zahngesundheit? Gehen Sie regelmäßig zum Zahnarzt? Gibt es tote/ wurzelbehandelte Zähne? Haben Sie Füllungen? Wenn ja, welche Art (z.B. Amalgam)?

Wie viele Stunden schlafen sie nachts?

Wachen sie nachts oft auf?

Wann gehen sie abends ins Bett und wann stehen sie auf?

Was machen Sie die 2 Stunden bevor Sie ins Bett gehen?

Fühlen sie sich ausgeschlafen, wenn sie morgens aufwachen?

Mentale Anamnese:

Gibt es gibt es mentale Traumata, Schicksalsschläge, Lebenskrisen, die Sie in ihrem Leben zu bewältigen haben (hierunter fallen psychoemotionale und körperliche Gewalt, Operationen in frühester Kindheit, Missbrauch, Todesfälle, Verluste, toxische Partnerschaften, Mobbing und Verlust von Arbeit beispielsweise)?

Aus der Sicht des Kindes, das sie mal waren:

Wie waren ihre Eltern damals für sie?

Vater:

Welches Weltbild hat ihr Vater vermittelt?

Wie sah er die Welt?

Wie hat er ihnen vorgelebt, wie man mit Kindern umgeht?

Wie hat er ihnen vorgelebt, wie man mit Partnern und Freunden umgeht?

Was hat er ihnen vorgelebt, wie man mit sich selbst umgeht?

Mutter:

Welches Weltbild hat ihre Mutter vermittelt?

Wie sah sie die Welt?

Wie hat sie ihnen vorgelebt, wie man mit Kindern umgeht?

Wie hat sie ihnen vorgelebt, wie man mit Partnern und Freunden umgeht?

Was hat sie ihnen vorgelebt, wie man mit sich selbst umgeht?

Wie war die Partnerschaft ihrer Eltern und welche Grundstimmung herrschte in ihrem Haushalt?

Wie gehen Sie mit sich selbst um?

Was denken Sie über sich selbst?

Gibt es limitierende Glaubenssätze, die sie behindern? (beispielsweise „Ich bin nicht gut genug“, „Ich bin Schuld“, „Mich sollte es gar nicht geben“, „ich muss stark sein“, „ich darf keine Schwäche zeigen“ usw.)

Waren sie schon einmal in Psychotherapie? Wenn ja: Wann und wie lange?

Wie glücklich und erfüllt fühlen Sie sich in ihrem Leben insgesamt? (Markieren Sie)

0-----10

Wie erfüllt sind ihre sozialen Kontakte?

0-----10

Wie zufrieden sind Sie mit ihrer Arbeit?

0-----10

Wie gut können Sie mit aufkommenden schwierigen Gefühlen umgehen?

0-----10

Wie gestresst fühlen Sie sich in ihrem Leben?

0-----10

Was sind ihre größten Stressfaktoren?

Wie zufrieden sind sie mit ihrem Körper?

0-----10

Sind sie freundlich mit sich selbst?

0-----10

Was erhoffen Sie sich von unserer Beratung? Was ist das Ziel?

Kosten: Mir ist bekannt, dass die Kosten nicht von der gesetzlichen Krankenversicherung übernommen werden sowie die Kostenübernahme bei der privaten Krankenversicherung je nach Umfang der Leistung nicht garantiert werden kann. Die Abrechnung erfolgt nach der gültigen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) und richtet sich nach Aufwand und Dauer der Beratung. Mir ist bekannt, dass in der ganzheitlichen Sprechstunde ebenso wie in der Schulmedizin keine Heilversprechen gegeben werden können. Welche Meilensteine im Rahmen der Behandlung erzielt werden können ist höchst individuell und von vielen inneren – wie äußeren Faktoren abhängig.

Einwilligung zur Datenerhebung, -verarbeitung und -speicherung: Ich stimme hiermit der Erhebung, Verarbeitung und Speicherung meiner personenbezogenen Daten für den Zweck der Beratung, Untersuchung, Behandlung, Abrechnung, Übermittlung von Termin- und Gesundheitsinformationen durch die Praxis Dr. Türkmen zu. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E Mail an die Praxis widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO). Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt. (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO).

Ort, Datum Unterschrift