



# Fragebogen Erstanalyse

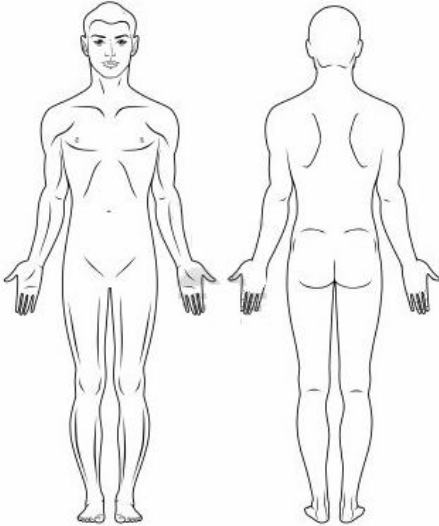
Mit Hilfe dieses Fragebogens kann ich mir einen sehr guten Überblick über Ihre momentane Situation verschaffen. Da alle Probleme, ob körperlich oder geistig, den ganzen Menschen betreffen, ist es wichtig diese ausführliche Erstanalyse durchzuführen. Gleichzeitig entsteht so eine „Bestandsaufnahme“ und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

Um den Fragebogen am PC ausfüllen zu können klicken Sie im Adobe Reader oben rechts auf „Signieren“ und dann „Text einfügen“. Sie können dann an die gewünschte Stelle in der Tabelle klicken und Ihre Daten eintragen. Dann speichern und 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.:	
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)?



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?



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

*Vielen Dank für Ihre aktive Mitarbeit.*

