



# Dr. med. Marc Stracke

Privatpraxis für ganzheitliche Medizin

## Liebe Patientin, lieber Patient!

Ich möchte Sie bitten den vorliegenden Fragebogen auszufüllen. Selbstverständlich behandeln wir Ihre Antworten vertraulich. Sie unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich der Behandlung in unserer Praxis. Das Ausfüllen ist freiwillig, aber je mehr ich über Sie erfahre, desto besser kann ich mich auf Ihren Besuch vorbereiten und Sie gesundheitlich unterstützen. Bitte lassen Sie mir den Fragebogen frühzeitig zukommen. Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!

Name: ..... Vorname: ..... Geb-Datum: .....  
 Strasse + Hausnr.: ..... Postleitzahl: ..... Ort: .....  
 E-Mail: ..... Tel. Festnetz: ..... mobil: .....  
 Krankenkasse: ..... Größe: ..... Gewicht: .....  
 Hausarzt: .....

## Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Überweisung durch: .....  auf Empfehlung von: .....  
 Internet über:  Ärztebewertungsportale  Praxishomepage [www.praxis-dr-stracke.de](http://www.praxis-dr-stracke.de)  
 Sonstiges: .....  
 Welches Anliegen führt Sie zu mir?  
 .....  
 .....

## Erkrankungen der Familie:

	Mutter	Vater	Geschwister
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krebserkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Welche?: .....			
Neurodermitis/ Allergie/ Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depression/ Nervenleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Andere wichtige Erkrankungen: .....  
 Mutter verstorben?  nein  ja Wann? ..... Alter? ..... Woran? .....  
 Vater verstorben?  nein  ja Wann? ..... Alter? ..... Woran? .....

## Welche Erkrankungen gab oder gibt es bei Ihnen selbst und (seit) wann?

<input type="checkbox"/> Bluthochdruck	seit: .....	<input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung	seit: .....
<input type="checkbox"/> Herzinfarkt		<input type="checkbox"/> Nierenerkrankung	seit: .....
<input type="checkbox"/> Koronare Herzkrankheit		<input type="checkbox"/> Chron. Darmerkrankung	seit: .....
<input type="checkbox"/> Schlaganfall		<input type="checkbox"/> Lebererkrankung	seit: .....
<input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörungen	seit: .....	<input type="checkbox"/> Rheuma	seit: .....
<input type="checkbox"/> Thrombose		<input type="checkbox"/> Hörsturz/ Tinnitus	seit: .....
<input type="checkbox"/> Lungenembolie		<input type="checkbox"/> Depression/ Nervenleiden	seit: .....
<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus	seit: .....	<input type="checkbox"/> Neurodermitis	seit: .....
<input type="checkbox"/> Asthma	seit: .....	<input type="checkbox"/> Heuschnupfen	seit: .....
<input type="checkbox"/> COPD/ Emphysem	seit: .....	<input type="checkbox"/> Andere Allergien	seit: .....
<input type="checkbox"/> Reizdarm	seit: .....	Der letzte Allergietest war im Jahr: .....	
<input type="checkbox"/> Krebserkrankung			

Wenn ja: welche? .....



Welche anderen Erkrankungen gibt oder gab es bei Ihnen noch und (seit) wann?

.....

.....

.....

Gab es bedeutsame Operationen, Unfälle oder Verletzungen, insbesondere der Halswirbelsäule (Wann? Was?):

.....

.....

.....

Gab es bei früheren Laboruntersuchungen einmal Auffälligkeiten?

noch nie oder

auffällig waren schon mal die:

- |   |                                      |  |  |
|---|--------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Leberwerte       | <input type="checkbox"/> Nierenwerte | <input type="checkbox"/> Blutzuckerwerte | <input type="checkbox"/> Cholesterin       |
| <input type="checkbox"/> Entzündungswerte | <input type="checkbox"/> Eisenmangel | <input type="checkbox"/> Blutarmut       | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenwerte |
- Kennen Sie Ihre Blutgruppe?  A  B  AB  0

Leiden Sie oder litten Sie früher schon einmal an folgenden Beschwerden?

	(fast) nie	ab und zu	häufig	(fast) immer	derzeit
Husten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Auswurf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schleimgefühl im Hals oder Rachen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verstopfte Nase/ Naselaufen/ Niesen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Luftnot bei Anstrengung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Luftnot in körperlicher Ruhe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Engegefühl/Beklemmung der Brust	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einschlafstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durchschlafstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schnarchen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nächtliche Atemauffälligkeiten/ -pausen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verstopfte Nase in der Nacht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nächtliches Wasserlassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nächtliches Zähneknirschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Morgendliche Unausgeschlafenheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Müdigkeit am Tage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rasche Erschöpfung bei Anstrengung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Konzentrationsstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gedächtnisstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwindel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heißhungerattacken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Appetitlosigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mundgeruch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rückenschmerzen: Halswirbelsäule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rückenschmerzen: Lendenwirbelsäule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hüftprobleme/ -schmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Knieprobleme/ -schmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige Gelenkbeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



**Dr. med. Marc Stracke**  
Privatpraxis für ganzheitliche Medizin

	(fast) nie	ab und zu	häufig	(fast) immer	derzeit
Muskel- oder Wadenkrämpfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muskelschwäche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antriebslosigkeit/ Lustlosigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Traurigkeit/ Depressivität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ängste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vermehrtes Schwitzen tagsüber	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vermehrtes Schwitzen nächtlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haarausfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hautprobleme (Jucken, Rötung, Akne...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gehäuftes Wasserlassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Augentrockenheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mundtrockenheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wassereinlagerungen (Hände? Füße?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Infektanfälligkeit**

Grippe/ Erkältung u. ä.: in den letzten 5 Jahren durchschnittlich ..... mal pro Jahr

Blasenentzündungen: in den letzten 5 Jahren durchschnittlich ..... mal pro Jahr

**Antibiotikabehandlungen:** (egal ob bei Erkältung, Blasenentzündung, Zahnproblemen, Operationen...)

In Ihren ersten (!) 5 Lebensjahren insgesamt: ..... mal In den letzten 10 Jahren insgesamt: ..... mal

**Verdauungsgewohnheiten und -beschwerden:**

Wie oft haben Sie Stuhlgang? ..... mal pro Tag, wenn nicht täglich: ..... mal pro Woche

Konsistenz des Stuhls überwiegend:  hart  normal  breiig  Durchfall  wechselnd

	(fast) nie	ab und zu	häufig	(fast) immer	derzeit
Blähungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bauchschmerzen/-krämpfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Völlegefühle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Übelkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erbrechen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sodbrennen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Saures Aufstoßen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vermehrtes Aufstoßen (nicht sauer)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Rauchgewohnheiten:**

Ich bin Nichtraucher  immer schon  seit ..... Jahren

Ich rauche durchschnittlich etwa ..... Zigaretten pro Tag  früher rauchte ich ..... Zigaretten pro Tag



**Dr. med. Marc Stracke**  
Privatpraxis für ganzheitliche Medizin

**Veränderung Ihres Körpergewichts:**

Ich habe in den letzten 10 Jahren unterm Strich:

mein Gewicht kaum verändert  ..... kg abgenommen  ..... kg zugenommen

**Treiben Sie regelmäßig Sport?**  nein  ja ..... mal pro Woche für ca ..... Minuten.

Sportart/-en: .....

Wie beurteilen Sie Ihren Fitnesszustand? (1 = sehr gut, 10 = sehr schlecht) .....

**Tragen Sie aktuell noch Amalgamfüllungen?**

ja, ich habe  1 - 2  3 - 5  6 - 8  nein oder:  9 oder mehr Amalgamfüllungen

**Hatten Sie früher Amalgamfüllungen, die inzwischen entfernt wurden?**

ja, ich hatte  1 - 2  3 - 5  6 - 8  nein oder:  9 oder mehr Amalgamfüllungen

Haben Sie Implantate?  nein  ja, ich habe  1 - 2  3 - 5  6 - 8

Überkronte Zähne?  nein  ja, ich habe  1 - 2  3 - 5  6 - 8

Wurzelgefüllte/ tote Zähne?  nein  ja, ich habe  1 - 2  3 - 5  6 - 8

Wurden Ihre Weisheitszähne entfernt?  nein  ja

**Wie oft essen/trinken Sie durchschnittlich folgende Nahrungsmittel?**

	(fast) nie	ab und zu	mehrfach pro Wo.	einmal täglich	mehrfach täglich
Milch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quark	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Joghurt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Käse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brot/ Brötchen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Müsli	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nudeln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kuchen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Süßigkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fleisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gemüse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Obst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kaffee	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tee	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wasser mit / ohne Kohlensäure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fruchtsäfte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Coca Cola	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Süßgetränke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bier (Gläser)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wein (Gläser)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

Gibt es Nahrungsmittel, die Ihnen (egal wie) nicht gut bekommen?



**Dr. med. Marc Stracke**  
Privatpraxis für ganzheitliche Medizin

**Wie wurden Sie geboren?**

- spontane Geburt
  - per Kaiserschnitt
  - weiß ich nicht
- Beziehungssituation:** ich bin
- allein lebend
  - geschieden
  - verheiratet
  - in fester Partnerschaft
  - ich habe .... Kind/-er
  - ich habe keine Kinder

**Falls Sie Kinder haben:**

- Wie wurden diese geboren?  spontane Geburt  per Kaiserschnitt
- Falls es sich um eine spontane Geburt gehandelt hat: Dammriss/schnitt  nein  ja

**Wie beurteilen Sie Ihre seelische Verfassung? (1 - 10) .....**

Haben Sie seelischen Kummer?

- mit dem Partner
- mit den Kindern
- mit den Eltern/Schwiegereltern
- am Arbeitsplatz
- wirtschaftliche Sorgen
- Zukunftsängste

**Derzeitige berufliche Tätigkeit:** ..... Wochenarbeitszeit: ..... h

Notieren Sie nun bitte noch alle (!) Medikamente und Nahrungsergänzungsmittel, die Sie aktuell einnehmen inklusive verhütender Maßnahmen, Sprays und Bedarfsmedikamente (Schmerz-, Allergie- und Schlaftabletten etc.).

**Zur Medikation:**

Wenn auf der Packung der Präparate eine Mengenangabe ersichtlich ist, bitte aufführen: z. B. Ramipril 5 mg oder L-Thyroxin 75

Medikament:	morgens	mittags	abends	z. Nacht	nur bei Bedarf
.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....

**Was erwarten Sie von meiner Behandlung?**

.....  
.....  
.....

**Was müsste sich an Ihrem Zustand verbessern, damit sie zufrieden bzw glücklich sind?**

.....  
.....  
.....

Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!

.....  
Datum

.....  
Unterschrift