#

# **Fragenbogen**

# **Nutzung von komplementärmedizinischen und unterstützenden Verfahren**

Für eine bessere Vorbereitung auf das kommende Gespräch würde ich Sie bitten, diesen Fragebogen zur bisherigen bzw. geplanten Nutzung von komplementärmedizinischen Verfahren auszufüllen.
Bitte lassen Sie uns den ausgefüllten Bogen vorab zukommen oder bringen Sie diesen zum Termin mit. *(Mehrfachauswahl möglich)*

**Patientendaten:**

**Name, Vorname:**   **Geb.:**

1. **Bitte tragen Sie hier Ihre aktuelle Selbstmedikation ein, d.h. alle Präparate (z.B. Vitamine), die Sie einnehmen und die nicht vom Arzt verordnet wurden.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Name des Präparats | Darreichungsform | Dosierung |
|   | [ ]  Tabletten  | [ ]  Sonstiges |   |
|   | [ ]  Tabletten  | [ ]  Sonstiges |   |
|   | [ ]  Tabletten  | [ ]  Sonstiges |   |
|   | [ ]  Tabletten  | [ ]  Sonstiges |   |
|   | [ ]  Tabletten  | [ ]  Sonstiges |   |

1. **Wie sieht Ihre Ernährung üblicherweise aus?**

Frühstück:

Mittag:

Abend:

Zwischenmahlzeiten:

1. **Gibt es bestimmte Dinge, die Sie bei Ihrer Ernährung besonders berücksichtigen?**



1. **Verfahren**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | **Beurteilung der Wirkung***(falls bereits genutzt)* |
|  | Plane ich, in derZukunft zu nutzen | Habe ich in der Vergangen-heit genutzt | Nutze ich aktuell | Positiv negativ unklar |
| Anthroposophische Medizin | [ ]  | [ ]  | [ ]  |  [ ]  [ ]  [ ]  |
| Akupunktur/Akupressur | [ ]  | [ ]  | [ ]  |  [ ]  [ ]  [ ]  |
| Chinesische Kräuter | [ ]  | [ ]  | [ ]  |  [ ]  [ ]  [ ]  |
| Homöopathie | [ ]  | [ ]  | [ ]  |  [ ]  [ ]  [ ]  |
| Misteltherapie | [ ]  | [ ]  | [ ]  |  [ ]  [ ]  [ ]  |
| Andere Pflanzentherapie | [ ]  | [ ]  | [ ]  |  [ ]  [ ]  [ ]  |
| Neuraltherapie | [ ]  | [ ]  | [ ]  |  [ ]  [ ]  [ ]  |
| Osteopathie | [ ]  | [ ]  | [ ]  |  [ ]  [ ]  [ ]  |
| Qigong/ Tai Chi  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |  [ ]  [ ]  [ ]  |
| Yoga | [ ]  | [ ]  | [ ]  |  [ ]  [ ]  [ ]  |
| Entspannungsverfahren: |  |  |  |  |
|  Autogenes Training | [ ]  | [ ]  | [ ]  |  [ ]  [ ]  [ ]  |
|  Progressive Muskelentspannung | [ ]  | [ ]  | [ ]  |  [ ]  [ ]  [ ]  |
| Andere:   | [ ]  | [ ]  | [ ]  |  [ ]  [ ]  [ ]  |

1. **Bitte beschreiben Sie kurz, was Sie an körperlicher Bewegung machen und wie häufig pro Woche.**


1. **Über welche Themen möchten sie vorwiegend Informationen in dem Gespräch erhalten?**

2. **Haben Sie eine konkrete Frage?**


Vielen Dank!