

# ZENTRUM FÜR GANZHEITLICHE MEDIZIN

Dr. Brigitte Karner, Dr. Wolfgang Karner

Fachärzte Allgemeinmedizin, Naturheilverfahren, Orthomolekularmedizin, Ernährungsmedizin,  
Psychotherapie, Funktionelle Medizin, Präventionsmedizin  
Salzstr. 20 (Eingang: Grünwälderstr. 17), 79098 Freiburg, 0761-73340

[www.doktorkarner.de](http://www.doktorkarner.de) - [info@doktorkarner.de](mailto:info@doktorkarner.de)

## Ganzheitlicher Fragebogen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

herzlich willkommen in unserer Praxis!

Ihre persönliche bestmögliche Gesundheit und Vitalität ist mehr als die Abwesenheit von Krankheit.

Gesundheit ist ein aktives Zusammenspiel von körperlicher Aktivität, Ernährung, Vitalstoffen und Hormonen, vorhandenen Gesundheitsrisiken und Erkrankungen und von Psychischem Wohlbefinden und Selbstfürsorge. Auch das Lebensumfeld familiär und beruflich besitzt Einfluss.

Kurzum: Ein gesunder Geist in einem gesunden Körper in einer gesunden Umgebung.

Ihnen helfen wir mit Freude dabei, indem wir Ihre Hormone und Vitalstoffe analysieren und optimieren und individuell Ihre sonstigen Gesundheitspotentiale ermitteln und eine klare Strategie für ihre beste Gesundheit erarbeiten. Seit mehr als 20 Jahren haben wir ein biologisches Behandlungskonzept entwickelt und erfolgreich eingesetzt, von dem wir sehr überzeugt sind. Täglich dürfen wir die Behandlungserfolge unseres Konzepts bei unseren PatientInnen erleben.

Für Sie wollen wir einen sehr guten Service und natürlich insbesondere eine bestmögliche individualisierte ursächliche Medizin anbieten, die genau für Sie passt und über das begrenzte Angebot der Kassenmedizin hinausgeht.

Wenn Sie individuell in Ihre Gesundheit investieren, ist immer weitaus mehr als in der Regelversorgung möglich.

Damit steigt nachhaltig und aktiv Ihre Chance auf ein gesundes und vitales Leben mit Energie und Lebenszufriedenheit. Chronisch gesund werden oder bleiben - und alles mit natürlichen gesunden Mitteln.

Deswegen sind uns Ihre ausführlichen Antworten für die Qualität Ihrer individuellen Betreuung sehr wertvoll und helfen, die gesundheitlichen Behandlungspotentiale für Ihre Beratung zu erkennen.

Ihre Antworten helfen auch, das mindestnotwendige Maß an spezialisierter Diagnostik/Labordiagnostik einzuschätzen und Ihnen individuellere Angaben zu Kosten und Aufwand machen zu können.

Wir bieten Ihnen bei Diagnostik und Behandlung verschieden aufwendige Vorgehensweisen an- Ihr Nutzen ist eine höhere Sicherheit, Ihr gestecktes Gesundheits- und Lebensqualitätsziel mit uns zu erreichen.

Wir beraten Sie gern dazu individuell.

Hinweise:

Sollten Sie sich bei einer Angabe nicht sicher sein, machen Sie bitte ein Fragezeichen.

Bitte füllen Sie diesen Anamnesebogen VOR Ihrem Erstberatungsgespräch bei uns aus und senden Sie uns diesen- wenn vorhanden- zusammen mit möglichen vorhandenen Labor- oder Arztberichten mindestens 7 Tage VORAB per Post oder E-Mail zu.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

**Patient\*in**

.....  
Name

Vorname

Geb.-Datum

**Nehmen Sie gegenwärtig Medikamente / Nahrungsergänzungsmittel ein?**  ja /  nein

Wenn ja, welche (z.B. Pille, ASS, Marcumar; bitte auch Augentropfen, Sprays und Inhalationsmittel angeben

Alternativ: Medikationsplan/ Supplementierungsplan anhängen):

Medikamente / Nahrungsergänzungsmittel	morgens	mittags	abends	zur Nacht	bei Bedarf

**Letzte Vorsorgen (Schätzangabe):**

gyn./urolog. Untersuchung: \_\_\_\_\_ Hautkrebsvorsorge: \_\_\_\_\_ Darmspiegelung: \_\_\_\_\_

**Welche Impfungen erfolgten zuletzt?**

Besteht Beratungs-/Auffrischungswunsch (Bitte Impfausweis dann mitbringen)?  ja  nein

Gab es Verträglichkeitsprobleme oder Impffolgen?

Bitte dann gern Angaben (z.B. Tetanus, Diphtherie, Polio; wenn möglich bitte mit Jahreszahl)

\_\_\_\_\_

**Blutdruck:** Ich kenne meinen Blutdruck und habe ein Messgerät.  ja /  nein

Systole: \_\_\_\_\_ Diastole.: \_\_\_\_\_ Puls: \_\_\_\_\_

**Herz-Kreislauf-Erkrankungen:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Körpermaße:**

Größe: \_\_\_\_\_ cm

Aktuelles Gewicht: \_\_\_\_\_ kg

Tiefstes Gewicht: \_\_\_\_\_ kg, Alter: \_\_\_\_\_

Höchstes Gewicht: \_\_\_\_\_ kg, Alter: \_\_\_\_\_

Wunschgewicht: \_\_\_\_\_ kg

**Ernährungsweise?**

- Mischköstler    Ovo-lacto Vegetarier    Ovo Vegetarier    Lacto Vegetarier  
 Veganer    Low carb    Keto    Paläo

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

---

---

**Verdauungsgewohnheiten und -beschwerden:**

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

Konsistenz des Stuhls überwiegend:

- Normal  
 Hart  
 Breiig  
 Durchfall

Empfinden:

- Bauchschmerzen/-Krämpfe  
 Völlegefühl  
 Übelkeit  
 Erbrechen  
 Sodbrennen  
 Vermehrtes Aufstoßen  
 Blähbauch/Blähungen

**Beschreibung des Essverhaltens (z.B. emotionales Essen) und der Ernährungsgewohnheiten („außer Haus essen vs. Selbst kochen):**

---

---

---

---

---

---

**Trinken Sie Kaffee?**

- keinen    < 3 Tassen/Tag    > 3 Tassen/Tag

**Trinken Sie Alkohol?**

- keinen    selten    > 2x / Woche    täglich

Wenn ja, was? \_\_\_\_\_ Wie viel am Tag? \_\_\_\_\_ Seit wann? \_\_\_\_\_

**Rauchen Sie?**

- ja /  nein /  aufgehört

Wenn ja, wie viel am Tag? \_\_\_\_\_ Seit wann? \_\_\_\_\_

**Nehmen Sie Drogen?**  ja /  nein /  aufgehört

Wenn ja, welche und wie oft? \_\_\_\_\_ Seit wann? \_\_\_\_\_

**Treiben Sie Sport?**  ja /  nein

Wenn ja, welchen und wie oft?

---

**Was tun Sie für Ihr Wohlbefinden und Ihre Vitalität?**

---

**Welche Hobbies haben Sie?**

---

**Gibt es gesundheitliche Einschränkungen in der Ausübung?**

---

**Leiden Sie unter Schlafstörungen?**  ja /  nein

---

**Kinderwunsch (auch Männer!)?**  ja /  nein

---

**Besteht aktuell eine Schwangerschaft?**  ja /  nein /  möglicherweise

**Gab es Aborte/Schwangerschaftsabbrüche/Kinderwunschbehandlung/schwierige Geburten?**

---

---

**Wurden Operationen durchgeführt?**  ja /  nein

Welche? (wenn möglich bitte mit Jahreszahl):

---

---

---

---

---

---

**Bestehen Allergien?**

ja /  nein

---

**Medikamente-/Nahrungsergänzungsmittelunverträglichkeit?**

ja /  nein

---

**Nahrungsmittelunverträglichkeiten?**

ja /  nein

---

**Haben Sie besondere Behandlungen erhalten, welche entweder nicht oder besonders gut gegen Ihre Beschwerden geholfen haben:**

---

---

---

---

---

---

---

---

**Arbeitsplatzanamnese**

Beruflicher Werdegang:

---

Wochenarbeitszeit: \_\_\_\_\_ h \_\_\_\_\_

Körperliche Belastung (1=gering bis 5=extrem, bitte jeweils hinter der Zeile angeben):

Kognitive Belastung (1 bis 5): \_\_\_\_\_

Stressbelastung (1 bis 5): \_\_\_\_\_

Ich mache meine Arbeit gerne (1 bis 5): \_\_\_\_\_

Ich mag die Menschen an meinem Arbeitsplatz (1 bis 5): \_\_\_\_\_

Meine Beschwerden beeinträchtigen mein berufliches Leistungsvermögen (1 bis 5): \_\_\_\_\_

Ich wäre gerne leistungsfähiger am Arbeitsplatz.  
Folgende Beschwerden müssten dafür besser sein:

---

---

Bemerkungen zum Arbeitsplatz, falls Ihnen etwas wichtig ist:

---

### Soziales/Familie

- Ich bin zufrieden mit meinem familiären Umfeld/ Partnerschaft
- Ich bin dauerhaft belastet durch mein familiäres oder soziales Umfeld/ Partnerschaft (wenn Ihnen wichtig, bitte erläutern):

- Ich denke, meine körperlichen oder seelischen Beschwerden/ Erkrankungen belasten und beeinträchtigen mein Umfeld, vor allem Folgende (1=gering bis 5=extrem, bitte jeweils angeben):

- Welche Belastungen gibt es durch Ihre Wohn- und Umweltsituation?  
→ Elektromog, Amalgam, Lärm, Umweltgifte, Wasseradern, Funkmast, Hauptstraße, Holzschutzmittel, chronische Infektionen mit Bakterien/Viren/Parasiten (z.B. Borreliose), Schimmel, ...?

### Energielevel und allgemeine Kraft

Folgende Aussagen treffen auf mich zu

(ggf. 1 =gering bis 5=voll zutreffend, jeweils angeben, wenn angekreuzt):

- Ich schaffe alles, was ich will und habe immer genug Kraft und Energie
- Ich bin oft sehr erschöpft und fühle mich eingeschränkt im Alltag
- Ich werde meinen Aufgaben nicht gerecht, die mein Umfeld von mir erwartet
- Meine Energie hat sich geändert seit (Ereignis/ Zeit):

---

- Ich bin voller Energie immer zu folgenden Tageszeiten:

---

- Ich bin erschöpft und energielos zu folgenden Tageszeiten:

---

**Traten in Ihrer Familie (Eltern, Geschwister, weitere Verwandte) folgende Erkrankungen auf?**

- Allergien
  - Bluthochdruck
  - Diabetes
  - Herzinfarkt
  - Schlaganfall
  - Thrombose
  - Krebserkrankungen (welche?)
- 

- Neurodermitis / Allergie / Asthma
  - Depression / Nervenleiden
  - Demenz/Alzheimer
  - Asthma/COPD
  - Sonstige:
- 
- 

**Welche Erkrankungen gab oder gibt es bei Ihnen selbst, ggf. ca. seit wann?**

- Bluthochdruck
  - Herzinfarkt / Koronare Herzkrankheit
  - Herzrhythmusstörungen
  - Schlaganfall
  - Diabetes
  - Schilddrüsenerkrankung (Unterfunktion, Überfunktion, Hashimoto, Basedow, Knoten etc.)
  - Nierenerkrankung (Nierensteine, Nierenschwäche, etc.)
  - Darmerkrankung (chron. entzündl. Darmerkrankungen / Reizdarm/Blähungen/Bauchschmerzen, etc.)
  - Lebererkrankung
  - Rheuma
  - Arthrose
  - Hörsturz / Tinnitus
  - Depression/andere seelische Leiden
  - Somatoforme Störung
  - Neurologische Erkrankungen (z.B. Epilepsie, ADHS, Multiple Sklerose, Parkinson- Krankheit)
  - Hauterkrankungen (Neurodermitis, Psoriasis, Akne, Hauteinblutungen, etc.)
  - Erschöpfungssyndrom / Chronic Fatigue Syndrom
  - Long Covid
  - Tumorleiden
  - Histaminunverträglichkeit
  - Glutenunverträglichkeit
  - Laktose-/Fruktose-/Sorbitintoleranz
  - Atemwegserkrankungen (Asthma, COPD etc.)
  - Heuschnupfen
  - Allergien (Allergietest?)
  - Schwere chronische Infekte wie Borreliose, Hepatitis, welche?
  - Sonstige Krankheiten:
- 
-

### Erinnern Sie bei früheren Laboruntersuchungen Auffälligkeiten?

(z. B. erhöhte Leberwerte, Nierenwerte, Blutzuckerwerte, Cholesterin, Entzündungswerte, Eisenmangel, Blutarmut, auffällige Schilddrüsenwerte, etc.)

Wenn vorhanden, bitte Laborwerte in Kopie anfügen.

---

---

### Leiden Sie an folgenden Symptomen?

- Auswurf / Schleimgefühl im Hals oder Rachen
- Verstopfte Nase / Nasenlaufen / Nießen
- Neigung zu Hautrötung und Hitzeblößen ggf. Quaddeln
- Schleimhauttrockenheit (z.B. Augen, Mund, Intimbereich)
- Blähbauch
- Häufige Kopfschmerzen
- Luftnot bei Anstrengung
- Luftnot in körperlicher Ruhe
- Engegefühl / Beklemmung der Brust
- Einschlafstörung
- Durchschlafstörung
- Nächtliche Atemauffälligkeiten / Atempausen / Schnarchen
- Nächtliches Zähneknirschen
- Morgentliche Unausgeschlafenheit/ Müdigkeit am Tage
- Rasche Erschöpfung bei Anstrengung
- Konzentrationsstörung
- Gedächtnisstörung
- Brainfog
- Schwindel
- Starke Reaktion auf Medikamente/Hormone
- Heißhungerattacken
- Appetitlosigkeit
- Mundgeruch
- Muskel- oder Wadenkrämpfe
- Muskelschwäche
- Abbau Muskelmasse/schlechter Muskelaufbau
- Kribbeln/Taubheit Zunge/Gliedmaßen
- Chronische Stressbelastung (subjektiv wodurch?)
  
- Antriebslosigkeit / Lustlosigkeit
- Reizbarkeit
- Traurigkeit / Depressivität
- Ängste
- Störungen Libido/Sexualität
- Regelprobleme/Hormonprobleme? (Frauen bitte untenstehende Fragen beantworten)
- Vermehrtes Schwitzen
- Haarausfall
- Veränderung Körperbehaarung (auf Armen, Achselhöhle, Intimbereich, Oberlippe)
- Hautprobleme (Jucken, Rötung, Akne, Hautentzündungen, Trockenheit, Schuppung)
- Nagelwuchsstörung
- Störende Hautbefunde (Feigwarzen, Genitalherpes, Altersflecken, Stechwarzen, Besenreiser, akuter Lippenherpes, weitere?)
  
- Gehäuftes Wasserlassen
- Augentrockenheit
- Wassereinlagerungen (Hände? Füße?)

- Infektanfälligkeit (Grippe / Erkältung u. ä. pro Jahr)
- Blasenentzündungen (pro Jahr):
- Antibiotikabehandlungen geschätzt:  
Als Kind; selten, häufig, sehr häufig?: \_\_\_\_\_  
In den letzten 10 Jahren insgesamt: \_\_\_\_\_

### Bestehen chronische Schmerzen?

- seit wann:
  
- wie oft (unregelmäßig, regelmäßig, immer, wurden Auslöser beobachtet z.B. ernährungs- oder menstruationsbezogen, stressbezogen)?:
  
- wo genau am Körper:
  
- tags
- nachts
- Schlaf durch Schmerzen gestört
- Schmerzcharakter (dumpf, drückend, schneidend, elektrisierend, kribbelnd, brennend):
  
- Wie stark ist der Schmerz, Angabe von 1-10 (10=maximal):
  
- Der Schmerz schränkt meine Lebensqualität und Lebensfreude und meine Dinge, die ich erledigen muss dauerhaft sehr ein, Angabe von 1-10 (10=maximal):
  
- Sind bereits Untersuchungen zur Schmerzabklärung erfolgt?  
Falls ja, bitte Angaben/ Unterlagen:
  
- Ich nehme folgende Schmerzmittel in Eigenregie (wenn oben nicht bereits angegeben, welche, wie oft?)
  
- Der Schmerz ist durch die bisherige Therapie sehr gut kontrolliert, Angabe von 1-10 (10=maximale Zustimmung, 1=überhaupt nicht):

### Bestehen Regelbeschwerden / hormonelle Störungen?

- Menarche (Beginn der Regelblutung) mit ca.: \_\_\_\_\_ Jahren
- Zyklus regelmäßig etwa alle: \_\_\_\_\_ Tage
- Zyklus unregelmäßig
- Zyklus stark
- Zyklus lang
- Zyklus schwach
- Perimenstruelle Beschwerden (z.B. Reizbarkeit, Traurigkeit, Kopfschmerzen, Bauchschmerzen, Erschöpfung, Unterleibskrämpfe)? Wie stark leiden Sie darunter subjektiv?

- Vorwechseljahresbeschwerden und Wechseljahresbeschwerden (z.B. Stimmungsschwankungen, Reizbarkeit, Energielosigkeit, Schwitzen, Schlafstörungen, Gewichts- und Haarveränderungen, Knochenschmerzen, Gelenkschmerzen, Ödeme, schmerzender Sexualverkehr, Libidoverlust):
- Menopause (Stopp der Regel seit mehr als einem Jahr) seit: \_\_\_\_\_
- Häufige Unterleibs-/Harnwegsinfekte
- Empfindlichkeit Schleimhäute Unterleib
- Endometriosebeschwerden
- Zysten Brust/Eierstöcke
- Myome
- Gab es Brust-/oder Unterleibstumoren bei Ihnen oder bei weiblichen nahen Verwandten? Was und Wer?

---

- Wurden/werden Hormontherapien oder gynäkologische Dauermedikamente eingesetzt. Wenn ja welche genau? Wie war die Wirkung und Verträglichkeit?

---

**Lebensgeschichtliche Eckdaten**

Nennen Sie kurz/stichpunktartig die wichtigsten Ereignisse in Ihrem Leben.

Wann gab es Krisen oder Krankheiten? Wie haben Sie diese bewältigt? (Bitte ggf. gesondertes Blatt benutzen.)



**Gab es bedeutsame Ereignisse, Unfälle; Verletzungen, psychische Traumatisierungen?**

(Beschreibung):

---



---



---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## **Beziehungen**

In welcher Beziehungssituation leben Sie?

→ Familiensituation, Eltern, Geschwister, WG, Familienstand, wichtige Freundschaften/Partnerschaften.

Gibt es chronisch belastete Beziehungen?

→ Konflikte, Kommunikation, Störungen, wiederkehrende Muster in Verhaltensweisen.

Gibt es familiäre Belastungen, ggf. seit mehreren Generationen?

→ Unerledigtes, Umgang mit Krankheiten, Muster in Beziehungen.

**Meine gesundheitlichen Sorgen, Ängste Einschränkungen:**

- a) **Wobei sind Sie gesundheitlich eingeschränkt und woran hindert es Sie** (z.B. nicht mehr schlafen zu können, seelisch/mental ausgelaugt zu sein und meinen Aufgaben nicht mehr gerecht zu werden; eine Lieblingssportart nicht mehr ausführen zu können, z.B. etwas mit Ihnen wichtigen Menschen unternehmen; z.B. Stress aushalten; Schmerzen hindern mich an folgenden Dingen, welche mir etwas bedeuten)?

---

---

---

---

---

---

---

- b) **Was besorgt Sie am meisten, wenn Sie über Ihre Gesundheit nachdenken** (z.B. Angst vor Tumoren, Schlaganfall, Herzinfarkt, Demenz, nicht mehr für Familie da sein zu können, den Betrieb nicht mehr geschäftlich so führen zu können aufgrund psychomentaler/körperlicher Einschränkungen)?

---

---

---

---

---

---

---

- c) **Was macht Ihnen große Freude?**

---

---

---

---

---

---

---

## **Abschließende Fragen**

**Welche Therapien haben Sie bisher durchgeführt und welche Lösungsschritte bezüglich Ihrer Situation bzw. Ihrer Probleme haben Sie bereits unternommen?**

**Gibt es etwas, was bisher nicht erfragt worden ist, was aber wichtig für mich zu wissen ist?**

### **Ihr gesundheitliches Ziel mit uns:**

Welches Anliegen führt Sie zu uns? Welche Erwartungen haben Sie an uns?

Was möchten Sie mithilfe unserer Beratung verbessern oder abklären lassen?

Was ist also Ihr Wunschzustand, zu dem wir beitragen sollen (körperlich/seelisch):

---

**Vielen Dank für Ihre ausführlichen Antworten!**

**So können wir gemeinsam ohne Zeitverlust in der Sprechstunde fokussiert an Ihrer Gesundheit arbeiten und wir sind gut auf Ihren Besuch vorbereitet!**

---