

Fragebogen

Sie und Ihr Anliegen stehen in der Villavita im Mittelpunkt.
Wir möchten Ihnen helfen, Ihre Ziele zu erreichen und Ihnen die bestmögliche Therapie zukommen lassen.

Die folgenden Fragen ermöglichen uns, ein genaueres Bild Ihrer momentanen Situation zu erhalten.

- Bitte machen Sie ein Kreuz in das zutreffende Kästchen
- Mehrere Antworten können gegeben werden
- Wenn eine Frage auf Sie nicht zutrifft, fahren Sie mit der nächsten Frage fort

Welche Ziele möchten Sie in der Zusammenarbeit mit uns erreichen?

1.
2.
3.

Wie schätzen Sie Ihre aktuelle Vitalität ein?

10 % 20 % 30 % 40 % 50 % 60 % 70 % 80 % 90 % 100 %

Vorname: Name: Titel:

geb.: heutiges Datum:

Wohnort: PLZ:

Straße:

Telefon: E-Mail:

Mobilnummer:

Fragen	Antworten
1. Leiden Sie unter einer chronischen Erkrankung?	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja: Bitte füllen Sie das entsprechende Beiblatt aus.
2. Leiden Sie häufiger an traurigen Verstimmungen?	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja
3. Fühlen Sie sich vermehrt unkonzentriert?	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja
4. Fühlen Sie sich häufiger müde und abgeschlagen, obwohl sie ausreichend geschlafen haben?	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja
5. Haben Sie Einschlaf- oder Durchschlafprobleme?	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja
6. Wann gehen Sie abends ins Bett? Wann stehen Sie morgens auf? Uhr Uhr
7. Wie viel bewegen Sie sich?	<input type="radio"/> Tage pro Woche <input type="radio"/> Spazierengehen: Stunden pro Tag <input type="radio"/> Sport: Stunden pro Tag <input type="radio"/> Welche Sportart(en)?: 1. 2.
8. Zu welcher Tageszeit fühlen Sie sich besonders müde und abgeschlagen?	<input type="radio"/> beim Aufstehen <input type="radio"/> nach dem Frühstück <input type="radio"/> vormittags <input type="radio"/> mittags <input type="radio"/> nachmittags
9. Rauchen Sie regelmäßig Zigaretten?	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja: Wie viele?
10. Welche nicht-alkoholischen Getränke bevorzugen Sie?	<input type="radio"/> Kaffee <input type="radio"/> schwarzer Tee <input type="radio"/> Fruchtsaftgetränke <input type="radio"/> Softdrinks <input type="radio"/> Milch <input type="radio"/> Wasser
11. Haben Sie den Eindruck, dass Sie manchmal Alkohol benötigen?	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja

Fragen	Antworten
12. Haben Sie Verdauungsprobleme?	<input type="radio"/> Völlegefühl <input type="radio"/> Sodbrennen <input type="radio"/> Blähbauch <input type="radio"/> Verstopfungen <input type="radio"/> Durchfall <input type="radio"/> andere:
13. Haben Sie die Möglichkeit, Ihre Mahlzeiten regelmäßig einzunehmen?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> manchmal <input type="radio"/> nein
14. Wie häufig gehen Sie pro Woche in einem Imbiss oder Restaurant essen?	<input type="radio"/> nur in Ausnahmefällen <input type="radio"/> 1–2 Mal pro Woche <input type="radio"/> 3–5 Mal pro Woche
15. Wie viele Stunden verbringen Sie tagsüber bzw. abends vor dem Fernsehgerät?
16. Wie viele Stunden verbringen Sie außerhalb Ihrer Arbeitszeit vor dem Computer oder der Spielkonsole?
17. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja: Bitte füllen Sie das entsprechende Beiblatt aus.

Gibt es sonst noch Informationen, die uns helfen könnten, Sie besser zu beraten?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Stress-Barometer

Fragen	Antworten
1. Bitte geben Sie Ihren Familienstand an:	<input type="radio"/> ledig/alleine lebend <input type="radio"/> verheiratet <input type="radio"/> in Partnerschaft zusammen lebend <input type="radio"/> geschieden <input type="radio"/> verwitwet
2. Haben Sie Kinder?	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja: Wie viele?
3. Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer familiären Situation?	Zufriedenheits-Skala <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%
4. Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Sozialleben?	Zufriedenheits-Skala <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%
5. Welche Hobbys haben Sie?	1. 2.
6. Für welches Unternehmen arbeiten Sie? In welcher Position?
7. Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer beruflichen Situation?	Zufriedenheits-Skala <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

Welche Tätigkeiten bauen Sie auf? Was macht Ihnen Freude? Was gibt Ihnen Kraft?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Beiblatt Chronische Krankheiten und Medikamenteneinnahme

Wenn Sie regelmäßig Medikamente nehmen oder unter chronischen Krankheiten bzw. Beschwerden leiden, die länger als 6 Monate anhalten, möchten wir Sie bitten, dieses Beiblatt auszufüllen. Vielen Dank.

Bitte schildern Sie für die Hauptdiagnose ausführlich Ihren Krankheitsweg in zeitlicher Abfolge. Bitte geben Sie dabei an, in welchem Jahr (und ggf. Monat) eine Veränderung (z. B. Erste Beschwerden, erste Diagnosestellung, weitere Untersuchungen, Entwicklung der Beschwerden, Operationen, neue Therapie, Namen der Medikamente) eingetreten ist. Bitte legen Sie Kopien der wichtigen Untersuchungsergebnisse und Arztberichte sowie Ihres Impfausweises bei. Vielen Dank.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Bitte machen Sie eine Aufstellung Ihrer Medikamente mit Dosierung.
Bitte geben Sie zu jedem Präparat an, welche Wirkung es haben soll,
welche Wirkung es hat und welche Nebenwirkungen es hat. Vielen Dank.

Name und Dosis (mg)	Wann?	Soll	Ist	Nebenwirkungen

Was haben Sie bisher gegen die Beschwerden unternommen?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Welche Maßnahmen waren Ihnen angenehm und hilfreich?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....