

Ihre Gesundheitsgeschichte

ABDOMINAL
THERAPY
COLLECTIVE

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen nach bestem Wissen und Gewissen aus. Beantworten Sie gerne die Fragen, die Sie beantworten möchten und die sie mir mitteilen möchten.

Das Ziel von Ihrer Gesundheitsgeschichte ist es, Sie und Ihre Lebenserfahrungen ganzheitlich und mitfühlend zu betrachten und als Hilfsmittel für Ihre Behandlung zu nutzen.

Name

Adresse

Telefon-Nr.

E-mail

Geburtsdatum

Wie möchten Sie gerne angesprochen werden?

Wie haben Sie von mir und dieser Arbeit erfahren?

Die Abdominal Therapie ersetzt nicht die Behandlung durch Ihren Arzt. Abdominal TherapeutInnen diagnostizieren keine Krankheiten, körperliche oder geistige Zustände und verschreiben keine Arzneimittel. HeilpraktikerInnen können Arzneimittel verordnen, Abdominal TherapeutInnen können Kräuter empfehlen.

Ich habe alle mir bekannten Erkrankungen angegeben und mir ist bewußt, dass die Behandlung durch die Abdominal Therapie PraktikerIn eine ärztliche Therapie nicht vollständig ersetzt. Deshalb werde ich meinen Arzt, wenn nötig, über meinen Gesundheitszustand auf dem Laufenden halten.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass alle von mir gemachten Angaben korrekt sind. Ich weiß, dass meine Informationen vertraulich behandelt werden.

Unterschrift

Name

Datum

Was ist der Grund für Ihren Besuch?

Was ist der Hauptgrund für Ihren Besuch?

Wann haben Sie dies zum ersten Mal bemerkt?

Haben Sie das Gefühl dass es einen Auslöser dafür gibt?

Beschreiben Sie die Belastungen, die es zu der Zeit gab oder die es noch gibt?

Wodurch fühlen Sie sich besser?

Gibt es etwas, das es verschlimmert?

Welche Veränderungen oder Ziele möchten Sie in den nächsten 3-6 Monaten erreichen?

COVID-19 Information

Hatten Sie Covid-19?	Ja	Nein
Wenn ja, wann?		
Sind Sie gegen Covid-19 geimpft?	Ja	Nein
Haben Sie irgendwelche Symptome im Zusammenhang mit der Impfung oder der Infektion?	Ja	Nein
Wenn ja, können Sie diese beschreiben?		

Ein bisschen Geschichte

Nehmen Sie eines der folgenden Mittel ein - Medikamente, Verhütungsmittel, Nahrungsergänzungsmittel, Naturheilmittel? Wenn ja, beschreiben Sie bitte, welche und in welcher Dosierung?

Konsumieren Sie Alkohol oder Freizeitdrogen? Wenn ja, wie regelmäßig, und wie geht es Ihnen damit?

Rauchen Sie? Wenn ja, wie regelmäßig, und wie geht es ihnen damit?

Sind Sie gegen irgendetwas allergisch? Wenn ja, gegen was sind sie allergisch, und wie reagieren Sie?

Haben Sie eine der folgenden Erfahrungen gemacht? Wenn ja, was ist Ihnen wichtig, mir darüber mitzuteilen?

Operationen

Unfälle

Verletzungen des Kreuzbeins, des Steißbeins oder des Kopfes?

Sorgen

Haben Sie jemals eine der folgenden Erfahrungen gemacht? Wenn ja, geben Sie bitte an, welche davon auf Sie zutreffen:

Kopfschmerzen	Schmerzen im unteren Rücken	Beklemmungen/Ängste
Asthma	Ischiasbeschwerden	Depression
Kalte Hände oder Füße	Bandscheibenvorfälle/vor gewölbte Bandscheiben	Schlafstörung
Geschwollene Knöchel	Schmerzhafte/geschwollene Gelenke	Gefühl der Ohnmacht
Schmerzende oder wund Fersen beim Gehen	Nacken-/Schulter-/Kieferverspannungen	Hämorrhoiden
Taube Füße beim Stehen	Hoher/niedriger Blutdruck	Krebs (welche Art)
Stirn-oder Nebenhöhlenerkrankungen/Erkältungen	Krampfanfälle	
Hautkrankheiten	Krampfadern	

Familiengeschichte

Bitte teilen Sie mir alle wichtigen Details über Ihre Geburtsfamilie mit, sofern diese bekannt sind. Dies kann die körperliche oder geistige Gesundheit, den Lebensstil, die Todesursache und das Alter Ihrer Eltern sowie alle anderen Details umfassen, die Sie für wichtig halten.

Mütterlicherseits

Darmgesundheit

Beschreiben Sie Ihr Verhältnis zum Essen?

Wie waren die Mahlzeiten in Ihrer Kindheit?

Wie sehen die Mahlzeiten jetzt aus?

Haben Sie irgendwelche Nahrungsmittelunverträglichkeiten, -empfindlichkeiten oder -allergien?

Folgen Sie einer bestimmten Diät?

Essen Sie selbst gekochtes Essen?	Hauptsächlich	Gelegentlich	Nie
-----------------------------------	---------------	--------------	-----

Wieviel der folgenden Flüssigkeiten nehmen Sie täglich zu sich?

Wasser	Koffein	Alkohol
--------	---------	---------

Haben Sie nach dem Essen Blähungen, Aufstoßen oder Flatulenzen?	Ja	Nein
---	----	------

Falls ja, was ist der Auslöser dafür?

Wie häufig haben Sie Stuhlgang?

Leiden Sie unter Bauchschmerzen, Verstopfung, Durchfall, unvollständigem Stuhlgang, dünnem Stuhl, Blut oder Schleim in Ihrem Stuhl?

Geistige & Emotionale Gesundheit

Wie nähren Sie sich selbst, Ihre Seele?

Wie, wo und wodurch finden Sie Freude?

Haben Sie derzeit Stress?

Wie wirkt sich Ihr Stress auf Ihr Leben aus, und wie gehen Sie damit um?

Haben Sie eine spirituelle Praxis und wenn ja, würden Sie diese gerne mit mir teilen?

Welchen Sport treiben Sie gerne und wie oft?

Leiden Sie unter schlechter Laune, Angstzuständen, Depressionen, posttraumatischen Belastungsstörungen oder anderen Problemen, die Sie mir mitteilen möchten?

Haben Sie ein traumatisches Ereignis erlebt, das Sie mir mitteilen möchten?

Haben Sie schon einmal daran gedacht, professionelle Unterstützung in Bezug auf einen der oben genannten Gründe zu suchen?	Ja	Nein
--	----	------

Beckengesundheit

Haben Sie Schmerzen im Beckenbereich oder andere Beschwerden?	Ja	Nein
---	----	------

Falls ja, wie wirkt sich das auf Sie aus?

Haben Sie Schmerzen in einem der folgenden Bereiche? Wenn ja, geben Sie bitte an, welche davon auf Sie zutreffen:

Gebärmutter
Eierstöcke
Vagina
Vulva

Penis
Prostata
Hoden

Rektum
Perineum/Damm
Schmerzen beim Sex

Haben Sie eines der folgenden Probleme beim Wasserlassen? Wenn ja, kreuzen Sie bitte an, welche auf Sie zutreffen:

Inkontinenz:
beim Husten
oder Springen
Harndrang:
Nachts
Tagsüber

Unvollständige
Entleerung der
Harnblase
Ständiger
Harnverlust
Blasenentzündung
Interstitielle
Blasenentzündung
(Zystitis)

Nierensteine
Blasenkrebs
Blasenprolaps
Blasensteine

Wenn Sie Probleme beim Wasserlassen angegeben haben, wie beeinflusst Sie das?

Sind sie schonmal auf HPV Viren und Vorstufen von Gebärmutterhalskrebs untersucht worden?

Hatten Sie jemals ein unregelmäßiges Ergebnis?

Ja

Nein

Wenn ja, wann, und wie wurden Sie behandelt?

Verwenden Sie derzeit oder haben Sie jemals Verhütungsmittel verwendet? Wenn ja, geben Sie bitte an, welche und wenn sie hormonell verhütet haben, wie lange Sie die Präparate eingenommen haben:

Pille
Pflaster
Diaphragma
Spritze

Kondome
Kupferspirale/Kette
Hormonspirale
Abstinenz

Rhythmus-Methode
Zyklusbeobachtung
Natürliche Familienplanung
(NFP)

Urogenitale Gesundheit

Haben Sie jemals eine der folgenden Beschwerden gehabt? Wenn ja, geben Sie bitte an, welche davon auf Sie zutreffen:

Schmerzen/Brennen beim
Wasserlassen
Harnverhalt
Harninkontinenz/Tröpfeln
Schwierigkeiten beim
Beginn des Wasserlassens
Schwacher/unterbrochener
Urinstrahl
Häufige
Blasenentzündungen
Blut/Ausfluss im Urin
Schmerzen/Druck im
Beckenbereich
Nächtliches Wasserlassen

Schmerzen/Beschwerden
in:
Hoden
Penis
Rektum
Oberschenkel-Innenseite
Beckenboden/Damm
Schmerzen/Probleme bei
der Erektion
Schmerzen im unteren
Rücken, besonders nach
dem Sex
Pilzinfektion

Prostataerkrankung
oder -krebs
Beckenverletzung oder -
operation
Probleme mit der
Spermienfruchtbarkeit
Vulvodynie
Interstitielle Zystitis
(Blasenschmerzsyndrom)
Herpes
HPV
Bartholinsche Zyste
Veränderungen der
Libido

Gesundheit während der Menstruation

Haben Sie jemals eine der folgenden Erfahrungen gemacht? Wenn ja, geben Sie bitte an, welche davon auf Sie zutreffen:

Schmerzhafte Perioden	Kopfschmerzen/Migräne	Polypen:
Keine Periode	Schwindel	Uterus/Gebärmutterhals
Spärliche Periode	Veränderung des Stuhls	Inkontinenz: Harnblase/Darm
Schmerzen im unteren Rücken:-vor/während/nach der Blutung	Blähungen	Myome:
Unregelmäßige Zyklen	Wasserretention	Position/Größe/Anzahl
Schweregefühl vor der Periode	Schmerzhafter Eisprung	Zysten:
Dunkles, dickes Blut zu Beginn/Ende	Unregelmäßige Eisprünge	Position/Größe/Anzahl
Übermäßige Blutungen	Ausbleibender Eisprung	Wiederkehrende Infektionen der Blase, Gebärmutter, Vagina
Klumpen	Vaginale Trockenheit	Bakterien oder Hefen
Endometriose	Schmierblutungen/Blutungen während des Eisprungs	
PMS	Vorzeitige Ovarialinsuffizienz	

Wie alt waren Sie, als Sie Ihre erste Menstruation hatten? Wie war das für Sie?

Wie geht es Ihnen heute mit Ihrer Menstruation?

Wie viele Tage dauert Ihr Menstruationszyklus?

Wie viele Tage dauert Ihre Blutung? Bitte geben Sie die Anzahl der Tage an, an denen die Blutung beginnt oder endet.

Falls Sie zu Beginn oder Ende Schmierblutungen haben, wie viele Tage?

Welche Menstruationsprodukte benutzen Sie?

Bluten Sie mehr als einen Tampon oder eine Binde pro Stunde durch?

Wann war Ihre letzte Menstruationsblutung?

Wie geht es Ihnen mit Ihrem Zyklus

Führen Sie ein Zyklusprotokoll?

Ja

Nein

Wenn ja, nutzen Sie eine App, ein Zyklusblatt oder etwas anderes?

Wissen Sie, ob Ihre Mutter, Schwester oder andere enge weibliche Verwandte eines der folgenden Probleme hatten? Wenn ja, geben Sie bitte an, auf wen sich das bezieht:

Infertilität
Myome

Endometriose
Krebs

Menstruationsbeschwerden
Probleme mit den Wechseljahren

Lust & Libido

Haben Sie Spaß an Sex?

Sind Sie in der Lage, einen Orgasmus zu erreichen?

Sind Sie zufrieden mit Ihrer Libido?

Haben Sie in letzter Zeit irgendwelche Veränderungen festgestellt?

Wie geht es Ihnen damit?

Fruchtbarkeit & Schwangerschaft - Gesundheit

Möchten Sie schwanger werden? Haben Sie Kinderwunsch?

Wenn ja, wie lange versuchen Sie es bereits?

Haben Sie oder Ihr Partner schonmal eine Schwangerschaft erfahren? Ja Nein

Wenn ja, haben Sie sich entschieden, die Schwangerschaften auszutragen, und wie waren diese?

Haben Sie einen Verlust erlebt?

Haben Sie schon einmal geboren oder einer Geburt beigewohnt? Wenn ja, wie war die Erfahrung?

Wie haben Sie das Wochenbett erlebt?

Wurden bei Ihnen Fruchtbarkeitstests, Hormonstatus, oder ein Spermogramm durchgeführt?

Befinden Sie sich in der Betreuung eines/r KinderwunschspezialistIn?

Bitte beschreiben Sie alle Behandlungen, die Sie erhalten haben oder derzeit erhalten

Gesundheit in der Peri/Menopause

Wie fühlen Sie sich in den Wechseljahren?

Welche Geschichten tragen Sie mit sich?

Welche positiven Vorbilder in den Wechseljahren haben Sie?

Führen Sie ein Wechseljahres-Tagebuch?

Ja

Nein

Haben Sie eines der folgenden Probleme? Wenn ja, geben Sie dies bitte an:

Hitzewallungen

Schlafprobleme

Schlechtes Gedächtnis

Stimmungsschwankungen

Trockene/juckende Haut

Gesteigerte Libido

Verminderte Libido

Schmerzhafter Sex

Trockene/juckende

Scheide

Vaginale Atrophie

Vaginaler Ausfluss

Unregelmäßige

Menstruation

Sehr starke

Blutung

Lang anhaltende

Blutung

Müdigkeit

Depression

Ängstlichkeit

Reizbarkeit

Spotting

Wann haben Sie die Symptome bemerkt?

Verändern sich diese, nehmen sie zu oder ab?

Stellen Sie einen Zusammenhang fest zwischen Ihren Symptomen und:

Ernährung

Arbeitsbelastung

Stresslevel

Verwenden Sie oder haben Sie jemals eine Hormonersatztherapie oder bioidentische Hormone verwendet?

Wenn ja, welche und für wie lange?

Vielen Dank, dass Sie sich die Zeit genommen haben, Ihre
Gesundheitsgeschichte zu erzählen.

Gibt es sonst noch etwas, das Sie mir mitteilen möchten?