Deine Bewegungsbiografie

Bitte fülle den Fragebogen möglichst genau aus. Bei Aufzählungen genügt es, das Zutreffende anzukreuzen, sonst antworte gern mit eigenen Worten. Nimm dir ausreichend Zeit.

Der Fragebogen ist auch ein Spiegel für dich selbst: Er hilft, manches wieder in den Blick zu bekommen, das vielleicht in Vergessenheit geraten ist. Aus der Summe der Informationen kann ich mir ein erstes Bild machen. Einige Details würden beim ersten Treffen sonst bestimmt vergessen.

So geht es:
Öffne die Datei mit Adobe Acrobat Reader oder im Browser, klicke in die Felder und kreuze an.
Danach die Datei speichern und per E-Mail zurückschicken.
Wenn du zu einem Seminar kommst, kannst du den Teil „Ergänzung für Einzeltermine“ auslassen.

Der Fragebogen ist für:

☐ Einzeltermin am

☐ Seminarort: am

01 Persönliche Angaben

Name | **Vorname** | **Straße, Nr.**

PLZ, Ort | **Mobil** | **Geburtsjahr**

FÜR DAS SEMINAR

Kannst du eigenständig gehen?	☐ ja	☐ nein
Kannst du sitzen?	☐ ja	☐ nein
Kannst du dich auf den Boden legen und wieder aufstehen?	☐ ja	☐ nein

02 Beschwerden

Unter welchen akuten Beschwerden leidest du? Gib Zeitraum und Intensität (0 = keine, 10 = sehr stark) an und ordne die Beschwerden nach ihrer Wichtigkeit.

BEWEGUNGSAPPARAT

	BESCHWERDE	SEIT	INTENSITÄT 0–10
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			

ORGANE UND / ODER NERVENSYSTEM

	BESCHWERDE	SEIT	INTENSITÄT 0–10
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

HORMONELLER BEREICH

	BESCHWERDE	SEIT	INTENSITÄT 0–10
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

Welche Behandlungen hast du gegen die Beschwerden bereits bekommen?

Aus welchen Bereichen hast du Ärzte, Kliniken, Heilpraktiker aufgesucht?

Wie war der Erfolg?

☐ sehr gut ☐ gut ☐ mäßig ☐ schlecht
☐ sehr schlecht

Was war der Grund für den Erfolg oder Misserfolg?

Was war unmittelbar vor dem ersten Auftreten deiner jetzigen Beschwerden?

☐ normaler Bewegungsablauf ☐ ein Unfall ☐ eine Erkrankung
☐ Kummer ☐ Trauer ☐ Schreck ☐ Operationen
☐ Hautausschläge ☐ Sonstiges:

Welche Medikamente / Nahrungsergänzungsmittel nimmst du zurzeit ein?

Was erwartest du von meiner Anwendung bzw. dem Seminar?

03 Emotionales

Reagierst du auf Wärme im Sommer?	☐ ja	☐ nein
Bist du berührungsempfindlich?	☐ ja	☐ nein
Beeinträchtigt dich ein geschlossener Kragen?	☐ ja	☐ nein
Beeinträchtigt dich ein enger Gürtel?	☐ ja	☐ nein
Magst du enge Räume (Fahrstühle etc.)?	☐ ja	☐ nein
Mangelnde Konzentration?	☐ ja	☐ nein
Bist du müde und erschöpft?	☐ ja	☐ nein
Reizbarkeit verstärkt?	☐ ja	☐ nein
Ängste / Schuldgefühle / Konflikte?	☐ ja	☐ nein
Treibst du regelmäßig Sport?	☐ ja	☐ nein
Schwitzt du leicht?	☐ ja	☐ nein
Schwitzt du nachts?	☐ ja	☐ nein

Welche Emotion empfindest du, wenn du an die Beschwerden denkst?

☐ Wut ☐ Trauer ☐ Angst ☐ Demut
☐ Ratlosigkeit ☐ Verzweiflung ☐ fehlender Halt ☐ Enge
☐ Unsicherheit ☐ Sonstiges:

Welche Emotion begleitet dich den Großteil des Tages?

☐ Trauer ☐ Angst ☐ Demut ☐ Ratlosigkeit
☐ Verzweiflung ☐ fehlender Halt ☐ Enge ☐ Unsicherheit
☐ Sonstiges:

An welchem Körperteil schwitzt du?

Art des Schweißes

☐ kalter Schweiß ☐ warmer Schweiß

Frierst du schnell?	☐ ja	☐ nein

Kälte an

☐ kalte Hände ☐ kalte Füße

Wie belastbar und leistungsfähig fühlst du dich?

☐ sehr belastbar ☐ mäßig belastbar ☐ gar nicht belastbar

Wie fühlst du dich, im wahrsten Sinne des Wortes?

☐ geerdet ☐ stabil im Leben ☐ leicht ☐ schwer
☐ energiegeladen ☐ ausgelaugt ☐ rastlos, aber müde
☐ Sonstiges:

Bist du glücklich?	☐ ja	☐ nein

04 Alltagsbewegungen

Wie sind deine Bewegungen im Alltag?
Zum Beispiel: Büro, Bewegung am Arbeitsplatz, Sport, Hobbys …

05 Schlaf

Wie ist dein Schlafplatz eingerichtet?

- ☐ schnurlose Telefone / Internet
- ☐ elektrische Geräte im Standby-Modus
- ☐ Wasserbett
- ☐ eingebauter elektrischer Motor

Wie ist dein Schlaf?

- ☐ Schlaflosigkeit
- ☐ häufiges Erwachen, um wie viel Uhr:
- ☐ nächtliches Wasserlassen, wie oft:
- ☐ Schwierigkeiten beim Einschlafen
- ☐ Unruhe in den Beinen
- ☐ Sprechen im Schlaf
- ☐ Nachtschweiß
- ☐ heiße Füße
- ☐ Zähneknirschen
- ☐ lebhafte Träume

Schlaflage

- ☐ Bauch
- ☐ Rücken
- ☐ links
- ☐ rechts
- ☐ sitzend
- ☐ kniend
- ☐ zusammengerollt

06 Kopf

KOPFSCHMERZEN

Leidest du unter Kopfschmerzen?

- ☐ häufig
- ☐ selten
- ☐ nie

Wo und wann?

- ☐ Stirn-Augen-Schläfenregion
- ☐ Hinterhauptregion
- ☐ morgens
- ☐ abends
- ☐ halbseitig links
- ☐ halbseitig rechts
- ☐ doppelseitig
- ☐ wandernd von links nach rechts
- ☐ wandernd von rechts nach links

Auslöser der Kopfschmerzen | **Was verbessert?** | **Was verschlechtert?**

AUGEN

- ☐ Bindehautentzündung
- ☐ kurzsichtig
- ☐ weitsichtig
- ☐ sonstige Beschwerden:
- ☐ Brille seit:

OHREN

- ☐ Schmerzen links
- ☐ Schmerzen rechts
- ☐ beidseitig
- ☐ Mittelohrentzündungen
- ☐ schwerhörig
- ☐ Ohrengeräusche
- ☐ Ohrendruck

MANDELN

- [ ] Operation
- [ ] häufig Mandelentzündungen als Kind
- [ ] häufig Mandelentzündungen heute

07 Brust · Bauch · Rücken

HERZ

- [ ] Beschwerden
- [ ] Stechen
- [ ] Druckgefühl
- [ ] Infarkt
- [ ] Beklemmung
- [ ] Rhythmusstörungen
- [ ] Sonstiges:

LUNGE

- [ ] Bronchitis
- [ ] häufig Husten
- [ ] Atemnot
- [ ] Sonstiges:

LEBER

- [ ] Entzündungen
- [ ] Hepatitis
- [ ] Sonstiges:

GALLE

- [ ] Steine
- [ ] Koliken
- [ ] Operation
- [ ] Druck im Oberbauch
- [ ] Fettunverträglichkeit
- [ ] Sonstiges:

MAGEN

- [ ] Völlegefühl
- [ ] Gastritis
- [ ] Appetitlosigkeit
- [ ] Reflux
- [ ] Nahrungsmittelallergien
- [ ] Sonstiges:

RÜCKENSCHMERZEN

- [ ] Halswirbel
- [ ] Brustwirbel
- [ ] Lendenwirbel
- [ ] Schulterblätter
- [ ] Zwerchfell
- [ ] Skoliose
- [ ] Hexenschuss
- [ ] Ischias
- [ ] Sonstiges:

08 Arme · Beine · Haut

ARME

- [ ] Verletzungen
- [ ] Schmerzen
- [ ] Ellenbogen
- [ ] Tennisellenbogen
- [ ] Kribbeln
- [ ] kalte Hände
- [ ] Sonstiges:

BEINE

- [ ] Schmerzen
- [ ] Knie
- [ ] Krampfadern
- [ ] Operationen
- [ ] Verletzungen
- [ ] kalte Füße
- [ ] Kribbeln
- [ ] Taubheitsgefühl
- [ ] Sonstiges:

HAUT / NÄGEL

- [ ] Verbrennungen
- [ ] Narben
- [ ] Geschwüre
- [ ] Hautjucken
- [ ] Warzen
- [ ] Pilze
- [ ] eingewachsene Nägel
- [ ] Nagelbettentzündungen
- [ ] Allergien auf:
- [ ] Sonstiges:

Ergänzung für Einzeltermine

Diesen Teil füllst du bitte nur aus, wenn du zu einem Einzeltermin kommst.
Kommst du zu einem Seminar, spring direkt zur letzten Seite „Hinweise & Einwilligung“.

09 Krankheitsgeschichte

Chronologische Krankengeschichte
Bitte notiere alle bisherigen Erkrankungen und Operationen, die du durchgemacht hast.

Hast du Narben von Operationen? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja: Wo sind diese und wie alt?

Leidest du oft unter Erkältungskrankheiten? ☐ ja ☐ nein

10 Ernährung

Wie viel Liter trinkst du täglich?

Was trinkst du?

Welche Nahrungsmittel isst du?

☐ Milchprodukte ☐ Süßigkeiten ☐ Weißmehlprodukte ☐ Kuchen
☐ Eier ☐ Zucker ☐ Nüsse

Welche Nahrungsmittel isst du bewusst NICHT?

Auf welche Lebensmittel kannst du nur schwer verzichten?

Verlangen nach

☐ süß ☐ sauer ☐ pikant
☐ bitter ☐ salzig ☐ scharf
☐ Fleisch ☐ Eier ☐ Obst
☐ Nikotin ☐ Alkohol

Abneigung gegen

☐ süß ☐ sauer ☐ pikant
☐ bitter ☐ salzig ☐ scharf
☐ Fleisch ☐ Eier ☐ Fett
☐ Alkohol

Nahrungsmittel-Allergien auf:

Lebst du nach bestimmten Ernährungsrichtlinien? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche?

11 Zähne · Nase · Schilddrüse

ZÄHNE / KIEFER

- ☐ häufige Zahnarztbesuche
- ☐ Beschwerden bei der Zahnung
- ☐ erschwerter Durchbruch der Weisheitszähne
- ☐ wurzelbehandelte Zähne
- ☐ tote Zähne

Empfindliche Zähne auf

- ☐ heiß
- ☐ kalt

Wurden bei dir Amalgamfüllungen entfernt? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja: Wann, und erfolgte die Entfernung professionell, ohne Belastung im Mund?

Zahnfüllmaterialien

- ☐ Amalgam
- ☐ Gold
- ☐ Titan
- ☐ Kunststoff
- ☐ Keramik
- ☐ Palladium

NASE

- ☐ Operationen
- ☐ Heuschnupfen
- ☐ Allergien auf:
- ☐ behinderte Nasenatmung
- ☐ Nase verstopft
- ☐ häufig Nasennebenhöhlenentzündungen

Absonderungen

- ☐ wässrig
- ☐ schleimig
- ☐ eitrig
- ☐ grünlich

SCHILDDRÜSE

- ☐ Überfunktion
- ☐ Unterfunktion
- ☐ Vergrößerung
- ☐ Operation

12 Hinweise & Einwilligung

Deine Angaben sieht ausschließlich Roland Pausch. Sollten Angaben in eine statistische Auswertung einfließen, geschieht dies ohne Namen und Adresse.

Bitte kreuze an:

- ☐ **Gesundheitshinweis:** Mir ist bekannt, dass die Arbeit von BewegungsLernen keine ärztliche oder heilpraktische Diagnose oder Behandlung ersetzt. Ich nehme auf eigene Verantwortung teil und kläre gesundheitliche Fragen bei Bedarf mit meiner Ärztin / meinem Arzt.
- ☐ **Einwilligung Datenschutz:** Ich willige ein, dass Roland Pausch (BewegungsLernen) meine Angaben in diesem Fragebogen, einschließlich meiner Gesundheitsdaten, zur Vorbereitung und Durchführung meines Einzeltermins bzw. Seminars verarbeitet. Mit der Übermittlung des Fragebogens per E-Mail bin ich einverstanden. Die Einwilligung ist freiwillig und kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden, zum Beispiel per E-Mail.
- ☐ **AGB:** Ich habe die Allgemeinen Geschäftsbedingungen gelesen und akzeptiere sie: www.bewegungslernen.com/agb

Datum	Ort	Name

Die handschriftliche Unterschrift leistest du bitte beim ersten Treffen auf dem Ausdruck.