

Gesundheits - Fragebogen

Hinweise

1. Bitte lesen Sie den Fragebogen ganz durch, bevor Sie Antworten. Er beinhaltet Fragen über Ihre Person, Ihre Familie, Ihre frühere Krankengeschichte und Ihre gegenwärtigen gesundheitlichen Probleme: wie Ihre derzeitige Erkrankung angefangen hat, wie Sie behandelt wurden bzw. noch werden, Fragen zu Ihrer Natur und Ihrem Charakter. Alle Fragen haben zum Ziel die Disbalancen in Ihrer Doshas-Konstitution herauszufinden und somit die Ursache Ihrer Krankheit. Erst dann kann entschieden werden, welche Möglichkeit einer Ayurveda-Behandlung für Sie besteht.
2. Fragen, die Ihnen zu persönlich oder die Ihnen unverständlich erscheinen, können Sie direkt mit dem behandelnden Arztbesprechen.
3. Geben Sie uns bitte über unsere Fragen hinaus alle Informationen über Ihre Krankheit, die Sie für wichtig halten.
4. Alle Auskünfte werden streng vertraulich behandelt.
5. Wenn es Ihnen Möglich ist, beantworten Sie die Fragen bitte in Englisch.
6. Für die Bearbeitung des Fragebogens im Vorfeld einer Kur in Indien berechnen wir einen Unkostenbeitrag von 50,- EUR. Diese Summe wird bei Buchung einer Kur komplett auf den Kurpreis angerechnet.
7. Sie können den ausgefüllten Fragebogen auch als "Gedächtnisstütze" mit zur Kur nehmen.

Persönliche Daten

(1) Vor- und Zuname Name in full	<input type="text"/>
Geschlecht Sex	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
(2) Geburtsdatum Date of birth	<input type="text"/>
Nationalität Nationality	<input type="text"/>
(3) Grösse Hight	<input type="text"/>
Gewicht Weight	<input type="text"/>
(4) Figur Stature	<input type="text"/> <input type="checkbox"/> schlank <input type="checkbox"/> beleibt
(5) Beruf Profession	<input type="text"/>
Tätigkeit Occupation	<input type="text"/>
(6) ständige Anschrift Permanent Adress	:

Strasse Street	<input type="text"/>
PLZ zip-code	<input type="text"/>
Ort Town	<input type="text"/>
Telefonnummern Phone	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

Zur Familie

(7) Gab es in Ihrer Familie/Verwandschaft folgende Krankheiten
Any of the following diseases known among family members or relatives:

Krankheit Disease	Eltern Parents	Grosseltern Granbparents	Kinder children	Geschwister Sisters/Brothers	Tante/Onkel Aunt/Uncle
Tuberkolose Tuberclosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geisteskrankheit Mental Illness	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rheuma Rheuma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nervenleiden Of Nervous	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erbkrankheiten Inherited diseases	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Zur Person

(8) Haben Sie die gewöhnlichen Kinderkrankheiten durchgemacht? ja/yes nein/no
Have you had any common infectious diseases of the childhood?

Wenn ja, welche: , ,
If Yes, what:

Gab es Schädigungen oder
Komplikationen? ja/yes nein/no
Any disabilities followed?

Wenn ja, welche:
If yes, what kind

(9) Leiden Sie unter einer Erbkrankheit? ja/yes nein/no
Do you suffer from any inherited disease?

Wenn ja, welche:
If yes, which:

**(10) Haben Sie ein Leiden oder eine
Behinderung von Geburt an?** ja/yes nein/no
**Do you have any problem or disability by
birth?**

Wenn ja, welche:

(11) Hatten Sie einen Unfall? ja/yes nein/no
Did you had any accident

Wenn ja, welche Schädigung:
any disability:

(12) Wurden Sie operiert? ja/yes nein/no
Did you had an operation

Wenn ja, wann:
when

und woran
what

(13) Leiden Sie an Kreislaufbeschwerden?
Do you suffer from Cardiovascular problems

Bluthochdruck
High Bp.

Niedriger Blutdruck
Low Bp.

Krampfadern
Varicose Veins

(14) Leiden Sie an Durchblutungsstörungen?
Do you suffer from Circulatory problems

	Arme Arms	Beine Legs	sonst Misc.
Taubheitsgefühl Numbness	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kribbeln Prickling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schmerzen Pain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verfärbungen Discoloured	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kältegefühl Cold feelings	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(15) Hatten Sie einen Schlaganfall?
Did you have a stroke ja/yes nein/no

Wenn ja, wann:
If yes, when:

Lähmungen
Paralysed rechts/right links/left

Sprache
Speech normal/normal gestört/disturbed

(16) Leiden Sie an epileptischen Anfällen?
Do you suffer from Epileptic Attacks ja/yes nein/no

Wenn ja, medikamentös unter Kontrolle:
If yes, whether controlled with medicines

(17) Sind Sie Diabetiker?
Are you diabetic?

ja/yes nein/no

Wenn ja, seit wann:
If yes, since when:

Insulinpflichtig?
Under Insulin Therapy

ja/yes nein/no

Tägliche Einheiten:
Daily units



(18) Waren Sie ernstlich erkrankt an? Did you have any serious illness?	wann? when	Stationär hospitalised	ausgeheilt cured
Asthma Bronchitis	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lungenembolie Emboly of Lungs	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzinfarkt/Insuffizienz Cardial infarction insufficiency	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mandeln Tonsils	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kehlkopf Larynx	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nasennebenhölen Sinuses	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mittelohr Otitis Media	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Magen- und Darmgeschwür Gastro Intestinal Ulcers	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gallen- und Nierenkoliken Gall bladder and kidney collics	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hepatitis/Gelbsucht Hepatitis/Jaundice	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gyn. oder Schwangerschaftsproblem Gyn. or Pregnancy problems	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Urologische Krankheit Urinary problems	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Thrombose/Venenentzündung Thrombo - Phlebitis	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schilddrüsenüberfunktion Throid Casuality problems	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grüner Star Glaucoma	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
oder an welchen anderen or any other <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Haben Sie eine Behinderung oder Probleme aufgrund dieser Krankheit
Do you have any disability or difficulties due to this disease

ja

welche:
which:

Sind Sie noch in Behandlung?
Are you still under treatment?

ja

warum:
for what:

(19) Welches Leiden möchten Sie durch Ayurveda in Kerala behandelt haben? Detaillierte Angaben bitte!

For what problem do you want to be treated in Kerala through Ayurveda? Details please:

**DAS DURCH AYURVEDA ZU BEHANDELNDE LEIDEN:
ON PROBLEMS TO BE TREATED BY AYURVEDA**

**(20) Wann haben die Beschwerden begonnen?
When did the problem start?**

Mit welchen Vor- bzw. Anzeichen?
How did it start?

**(21) Waren Sie damals bei vollem Bewusstsein?
Where you fully conscious then?**

Hatten Sie Schwierigkeiten beim:
Have you had any difficulty to:

Sprechen
Speak ja

Stehen
Stand ja

Sitzen
Seat ja

Gehen
Walk ja

**(22) Ihre Schmerzen waren:
Your Pain was**

Unerträglich
unbearable

erträglich
bearable

mit Unterbrechungen
intermittent

andauernd
continous

Arme
Arms

Beine
Legs

Ausserdem:

**(23) Hatten Sie:
Do you have:**

Kopfweh
Headache

Schwindelgefühl
Dizziness

öfter
Usually

immer
Always

(24)Ihre Sinne: your senses:	Sehkraft Eyesight	Gehör Hearing	Geruch Sense-Smell	Geschmack Sense-Taste	Tastsinn Tactile-Sensation
Normal geblieben Remained Normal	<input type="checkbox"/>				
Nachgelassen Weakened	<input type="checkbox"/>				
Schwer betroffen Seriously damaged	<input type="checkbox"/>				

(25)Hatten Sie Do you have:	Schmerzen Pain	Schwellungen Swelling	Krämpfe Cramp	Taubheitsgefühle Numbness	Behinderungen Disability
Ihrer Hände your hands	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ihre Beine your legs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ausserdem: Also on <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(26)Wie war Ihr How was your:	Appetit Hunger	Durst Thirst	Verdauung Digestion
Normal geblieben Remained Normal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verschlechtert Deteriorated	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(27) Hatten Sie Schwierigkeiten mit
Do you have problems with:

Hämorrhiden
Pils

Verstopfung
Constipation

Blähungen
Flatulence

Immer
Always

Oft
Often

Selten
Seldom

(28) Konnten Sie normal kauen und schlucken
Could You eat and swallow normally?

Hatten Sie festen Schlaf?
Did you get good sleep?

Wie lange konnten Sie tief schlafen?
How long could you sleep?

in Stunden
in hours

(29) Bitte schreiben Sie hier alle Medikamente/Physiotherapien/usw. auf, die Sie von Ihrem Arzt gegen diese Krankheit verschrieben bekamen:

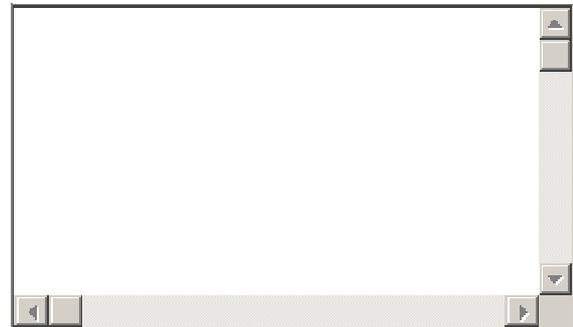
Please detail all medicines and physical Treatments prescribed by your doctor:

**(30) Waren Sie mit dieser Behandlung zufrieden?
Were you satisfied with the treatment?**

Ja/Yes

Nein/No

Wenn nein, warum nicht
If not, why?



**(31) Wenn Ihre Krankheit sich verschlechtert hat, woran lag es, Ihrer Meinung nach?
If your condition worsened, why you think, it is so?**



**(32) Welche Fehlbehandlung (nach Ihrer Meinung) haben Sie erhalten?
According to you, what wrong treatments you have received**



**(33) Welche Symptome haben sich verschlechtert: und wie sehr?
What Symptoms are worsen now: and how much?**



(34) Ihre Meinung über sich selbst: Ihre körperliche und seelische Gesundheit, Ihre Krankheit und Ihr gegenwärtiges Befinden:
your opinion about you: your physical and mental health, your disease and preset condition

(35) Gegenwärtig ist Ihr
At present how is your

	Gedächtnis memory	Sehkraft Eyesight	Gehör Hearing	Geruch Sense- Smell	Geschmack Sense- Taste	Tastsinn Tactile- Sensation
Normal Normal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwach Weak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geschädigt Damaged	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(36) Können Sie:
can you:

	aufstehen get up from bed	aufrecht stehen stand erect	gerade sitzen sit up	gerade gehen walk straight
ohne Hilfe without help	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mit Hilfe with help	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nicht möglich not possible	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**(37) Haben Sie:
Do you have:**

Schwellungen
Swelling

Schmerzen
Pain

Taubheitsgefühle
Numbness

Wunden
Wounds

Krämpfe
Cramps

Kribbeln
Itching

Hüftgelenke

L

Hips Joints

R

Kniegelenke

L

Knee Joints

R

Fussgelenke

L

Feet Joints

R

Zehgelenke

L

Finger Joints (toe)

R

Schultergelenke

L

Shoulder Joints

R

(38) Können Sie beide Arme waagrecht und ausgetreckt halten? ja/yes
can you stretch and raise both of your arms?

(39) Können Sie Ihren Kopf normal drehen? ja/yes
can you turn your head normally?

(40) Haben Sie irgendwelche probleme mit dem Gehirn oder den Nerven? ja/yes
Do you have any problems with brain or nerves?

Wenn ja, bitte Einzelheiten angeben:
If yes, details please



(41) Haben Sie irgendwelche probleme mit Ihrem Magen:
Do you have any problems with your stomach:

Übersäuerung
Hyperacidity ja/yes

Magengeschwür
Ulcer ja/yes

Darmentzündung
Colitis ja/yes

Verstopfung
Constipation ja/yes

Blähungen
Flatulence ja/yes

Verengungen
Block ja/yes

Kolikenn
Colic ja/yes

Hämorrhiden
Piles ja/yes

**(42) Haben Sie irgendwelche Schwierigkeiten mit Leber, Gallenblase, Milz usw.?
(Einzelheiten!)?**
Do you have any problem with leaver, gallblader, spleen etc.? (details please!)

**(43) Beschreiben Sie auch anderen Krankheiten, die Sie haben:
please give details of any other disease you have:**

**Ihr Charakter, Ihre Neigungen, Abneigungen und Gewohnheiten:
Your Character, likes, dislikes and habits**

(44) Ihre Natur Heftig sanft zu mild
Your nature hot tempered gentle too mild

(45) Ihre Sprachgewohnheiten zu viel massvoll zu wenig
Your talking habits too much moderately too little

(46) Ihre Sprache zu laut maessig gedämpft
Your talking too loud medium low tone

(47) Wie mögen Sie Ihre Speisen: gewürzt hart & knusprig warm
Type of food you prefer: spicy hard & krisp warm

(48) Wie mögen Sie es am liebsten: süß bitter sauer
How do you like it: sweet bitter sour

salzig scharf herb
salty hot adstringend

(49) Sie trinken Wasser, Saft usw.: zu viel wenig zu wenig
you drink water, juice etc.: too much a little too little

(50) Sie schwitzen: zu viel wenig zu wenig
you sweat: too much a little too little

(51) Werden Ihre Augen rot, wenn Sie schläfrig sind?
Are your eyes getting red when you are sleepy

Wie lange schlafen Sie (in Stunden)? Tagsüber Nachts
How long do you sleep (in hours)? day time at night

Träumen Sie in Ihrem Schlaf? nie manchmal oft
Do you see dreams in your sleep? never sometimes often

Welche Art von Träumen am häufigsten?
What type of dreams usually

(52) In welchem Klima fühlen Sie sich am wohlsten? Im Winter bei Wärme bei Regen
In what climate you feel better: In winter warm weather rainy weather

(53) Was ziehen Sie vor? Konkurrenz Abenteuer
Which you like more: competition adventure
Vergeltung Rache
Retribution revenge
Zurückhaltung Kompromiss
retreat compromise
Vergebung Aufopferung
forgiving Sacrifice

(54) Waren Sie ein schneller Fussgänger langsamer Schlendirer
Were you a: Fast walker Slow strider

(55) Wie ist Ihr Haarwuchs: üppig gut
How is your Hair-growth: thick moderate thin

(56) Rauchen und Trinken: zu viel selten gar nicht
Smoking & Drinking: too much seldom not at all

Rauchen:
Smoking:

Trinken:
Drinking:

(57) Was ist Ihre Lieblingsfarbe:
What is your favourite colour:
