

Ayurveda Dosha Fragebogen

Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht

Name

Vorname.....

Straße

Plz,Ort.....

Geburtsdatum

Familienstand

Kinder

Körpergröße

Körpergewicht

Krankenkasse.....

Beruf

Tätigkeit

Anreisedatum

Abreisedatum

Telefon

E-Mail

Zimmer Nr. (bitte eintragen, wenn Sie im Hotel ankommen)

Haben Sie akute oder chronische Beschwerden?

.....
.....
.....

Haben Sie aktuell psychische oder psychosomatische Belastungen?

.....
.....

Sind Ihnen Nahrungsmittelunverträglichkeiten bekannt? Welche?

- Milch (Laktose/Casein)
- Gluten
- Histamin
- Andere:

Führen Sie eine spezielle Diät durch?

.....
.....

Sind Ihnen Allergien bekannt? Welche?

.....
.....

Welche Kinderkrankheiten traten auf?

.....
.....

Sind Ihnen in Ihrer Familie Erkrankungen, bes. bei Vater, Mutter oder Geschwistern bekannt?

.....
.....

Hatten Sie Operationen oder Unfälle, wenn ja, welche?

.....
.....

Leiden Sie unter Verdauungsstörungen (Verstopfung, Durchfälle, Blähungen, Sodbrennen)?

.....
.....

Haben Sie im Zeitraum der letzten drei Monate Medikamente eingenommen (einschl. Antibiotika, Cortison, Schlaftabletten und Psychopharmaka) bzw. nehmen Sie Medikamente dauerhaft ein?

Welche?

.....

Dosierung?

.....
.....

Haben Sie folgende, chronische Erkrankungen? (Bitte ankreuzen)

- Chron. Borreliose
- Hepatitis
- HIV
- Herpes Zoster
- Hauterkrankungen
- Immer wiederkehrende grippale Infekte
- Pilzkrankungen
- TBC
- Andere:.....

Wie häufig nehmen Sie die folgenden Mittel?

- | | | | |
|---------|----------------------------------|------------------------------------|---------------------------|
| Koffein | <input type="radio"/> regelmäßig | <input type="radio"/> gelegentlich | <input type="radio"/> nie |
| Alkohol | <input type="radio"/> regelmäßig | <input type="radio"/> gelegentlich | <input type="radio"/> nie |
| Nikotin | <input type="radio"/> regelmäßig | <input type="radio"/> gelegentlich | <input type="radio"/> nie |

Drogen Welcher Art? Wie häufig?

Folgende Fragen betreffen nur **Frauen**:

Haben Sie gynäkologische/klimakterische Beschwerden?

.....
.....

Operationen in Gebärmutter oder im Uro-Genitaltrakt?

.....
.....

Wann war Ihre letzte Periode?

.....
.....

Folgende Fragen betreffen nur **Männer**:

Haben Sie Beschwerden im Uro-Genitaltrakt? (z.B. Prostata)

.....
.....

Operationen?

.....
.....

Ihre Laborwerte:

Bitte bringen Sie (falls vorhanden) Laborwerte und andere Befunde mit (vom letzten halben Jahr).

Dosha-Test

Bitte markieren Sie am ehesten auf Sie zutreffendes (in allen 3 Spalten möglich).

Körperbau	<input type="checkbox"/> korpulent, kräftig, abgerundet	<input type="checkbox"/> mittelgroßer Körper, dynamisch	<input type="checkbox"/> schlank, ungewöhnlich groß oder klein
Knochenbau	<input type="checkbox"/> schwere Knochenstruktur	<input type="checkbox"/> mittelstarke Knochenstruktur	<input type="checkbox"/> leicht, feingliedrig
Gelenke	<input type="checkbox"/> groß, gleitfähig, gut gepolstert	<input type="checkbox"/> mittelgroß, locker	<input type="checkbox"/> hervorstehend, trocken, ggf. Reibegeräusche, kalt
als Kind...	<input type="checkbox"/> kräftig bis pummelig	<input type="checkbox"/> mittlerer Körperbau	<input type="checkbox"/> eher schlank
Haut	<input type="checkbox"/> dick, ölig, kalt, gleichmäßiger Teint	<input type="checkbox"/> ölig, glatt, warm, ggf. Sommersprossen	<input type="checkbox"/> dünnes Gewebe, eher trocken, kalt, generell rau

Hände	<input type="checkbox"/> kräftig, breit, fleischig	<input type="checkbox"/> eher runde Form	<input type="checkbox"/> längliche, schmale Form
Nägel	<input type="checkbox"/> breite Form, glatt, dick, fest	<input type="checkbox"/> rund, weich, rosige Farbe	<input type="checkbox"/> länglich, dünn, raue Oberfläche, ggf. brüchig
Gesicht	<input type="checkbox"/> rund, füllig, große & glatte Stirn	<input type="checkbox"/> scharfkantige Züge, ggf. faltige Stirn	<input type="checkbox"/> längliche Form, unsymmetrisch, ggf. gefurcht
Augen	<input type="checkbox"/> groß, still, glasig, kräftige Brauen	<input type="checkbox"/> mittelgroß, leuchtend, durchdringend	<input type="checkbox"/> klein, aktiv, ggf. trocken, feine Brauen
Kopfhaar	<input type="checkbox"/> fülliges kräftiges Haar, dunkel, gewellt	<input type="checkbox"/> hell, seidig, leuchtend, ggf. Glatze	<input type="checkbox"/> fein, ggf. trocken, flauschig, dünn besiedelt
als Kind...	<input type="checkbox"/> dunkles, dickes, gelocktes Haar	<input type="checkbox"/> feine, fliegende, blonde Haare	<input type="checkbox"/> dünnes gewelltes Haar
Körperhaar	<input type="checkbox"/> buschig, dicht, kräftig	<input type="checkbox"/> hell, seidig, fein	<input type="checkbox"/> gekräuselt, nicht glänzend
Zähne	<input type="checkbox"/> groß, regelmäßig, hell	<input type="checkbox"/> mittelgroß, ggf. leichte Gelbfärbung	<input type="checkbox"/> klein, unregelmäßig, ggf. gräulich
Stimme	<input type="checkbox"/> tief, angenehm, klangvoll	<input type="checkbox"/> impulsiv, durchdringend, klar	<input type="checkbox"/> sanft, leise, evtl. rau
Hunger	<input type="checkbox"/> regelmäßig u. mäßig	<input type="checkbox"/> generell „guten Hunger“	<input type="checkbox"/> schon immer unregelmäßig, generell wenig
Immunität	<input type="checkbox"/> generell stark u. zuverlässig	<input type="checkbox"/> mittelstark, anfällig für Infektionen	<input type="checkbox"/> schon immer relativ schwach
Sportlichkeit	<input type="checkbox"/> langsam aber stark, ausdauernd	<input type="checkbox"/> dynamisch, liebt Wettkampf	<input type="checkbox"/> gute z.B. bei Sprints oder Krafttraining, aber kein Ausdauerotyp
Freundschaft	<input type="checkbox"/> wenig Beziehungen aber langlebige	<input type="checkbox"/> mäßig viele, aber nützliche Freunde	<input type="checkbox"/> viele Freunde, unbeständig
Hobbies	<input type="checkbox"/> ruhige Tätigkeiten, Sammeln, Lesen, Kuseln	<input type="checkbox"/> Sport, Vereinstätigkeit, Organisieren	<input type="checkbox"/> kreative Tätigkeiten, Tanzen, Reisen
Intellekt	<input type="checkbox"/> langsam, gut überlegt, empathisch	<input type="checkbox"/> exakt, prägnant, feurig	<input type="checkbox"/> schnelle Auffassungsgabe, klar
Reaktion	<input type="checkbox"/> gelassen, traditionsbewusst	<input type="checkbox"/> kritisch, rational, wägt gründlich ab	<input type="checkbox"/> spontan, manchmal ohne Abschluss

Seele/Geist

Ruhig,
gemächlich,
beständig,
geduldig

Zufrieden,
entschlossen,
organisiert

Tolerant, kreativ,
flexibel, neugierig

Hiermit bestätige ich die vollständige Beantwortung aller Fragen. Ich bin informiert, dass meine Angaben auf freiwilliger Basis erfolgen.

Bitte beachten Sie, dass ayurvedische Behandlungen und Therapiemaßnahmen nur mit dem vollständigen Ausfüllen und dem Unterschreiben dieses Dokumentes durchgeführt werden können.

Hiermit stimme ich der Verarbeitung und Speicherung meiner Daten für die Aufenthaltsgestaltung (aktuell und zukünftig) im Ayurveda Our Way of Healing Zentrum bis auf Widerruf zu.

Datum Unterschrift

Bitte geben Sie diesen Fragebogen ausgefüllt und unterschrieben vor dem Konsultationstermin im Vorzimmer des Ayurveda Mediziners ab oder Sie schicken es per E-Mail an