

# FRAGE BOGEN



# HUMAN BASICS

by Markus Bürbaumer

# HERZLICH WILL KOM MEN



Ich freue mich riesig auf die Zusammenarbeit mit dir.

Heute erhältst du die ersten Unterlagen um deine gesundheitliche Situation zu dokumentieren.

Lies dir alles in Ruhe durch.  
Fülle den Vertrag aus und schicke ihn mir zurück.  
Sobald auch die Bezahlung abgeschlossen ist, erhältst du den Online Zugang zu den digitalen Inhalten.

Besorg dir die notwendigen Laborwerte, fülle den Erfassungsfragebogen aus und schick mir diesen vor dem ersten Coachingtermin zu.

Beste Grüße

**MARKUS**



**1. Allgemein**

a) Name: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

Familienstand: \_\_\_\_\_ Kinder: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

–

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Alter: \_\_\_\_\_ Größe: \_\_\_\_\_ cm Gewicht: \_\_\_\_\_ kg

Staatsbürgerschaft: \_\_\_\_\_

b) Woran würdest du erkennen, dass unsere Zusammenarbeit in 12 Wochen sinnvoll gewesen ist?

---

---

---

---

---

Wie belastend empfindest du dieses Thema gerade in deinem Leben? 0=nicht/10=sehr: \_\_\_\_\_

Wann wären wir gescheitert? Was könnten wir vereinbaren, damit das nicht passiert?

---

---

---

Wurde für dieses Thema bereits eine andere Therapie angeraten oder durchgeführt?

Wie waren die Ergebnisse?

---

---

---

---

Befindest du dich aktuell in einer Behandlung? Wenn ja, in welcher?

---

---

---

---

---

---

---

b) Welche diagnostizierte Vorerkrankungen, Krankheiten und körperlichen Probleme hast du?

(Anmerkung: Krankheiten dürfen im Coaching nicht behandelt werden, dennoch können Verbesserungen auftreten!)

---

---

---

---

---

---

---

c) Leidest du an offensichtlichen Symptomen? (z.B. Übergewicht, Ein-Durchschlafbeschwerden, Kopfschmerzen/ Migräne, Allergie, Darmbeschwerden, Hautprobleme, Energielosigkeit, Müdigkeit nach dem Essen, Antriebslosigkeit, Blutdruck, Organbeschwerden, Gefühlsschwankung, Schwindel, Konzentrationsstörung, Herzrasen, sexuelle Unlust, Gelenkschmerzen ect.)

---

---

---

---

---

---

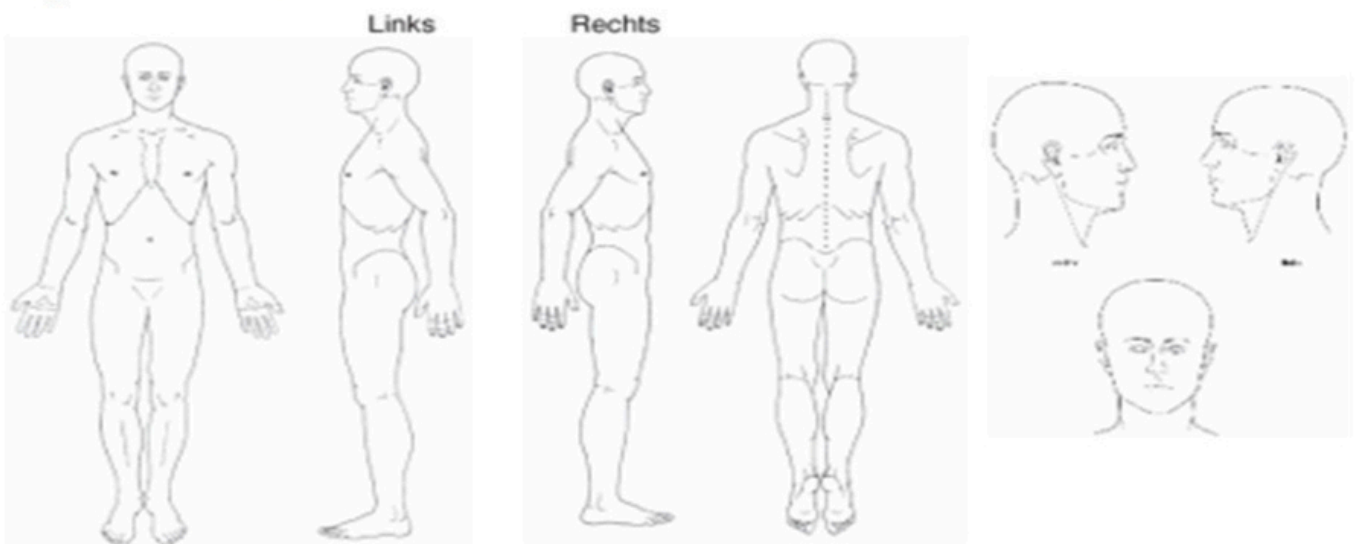
---

---

---

---

Zeichne "Verletzungen" ein: Narbe: # Schwellung: ~ Schmerz: ↯ Fraktur: // Operation: Ø  
Missempfinden: ...



d) Gab es Auslöser für die Beschwerden? z.B. Erkrankungen, Unfälle, Trauer, Impfung, Medikamente, Zahnbehandlung, Operationen etc.

---

---

---

---

---

e) Welche Behandlungen hast du gegen deine Beschwerden bereits bekommen und mit welchem Erfolg?

---

---

---

---

---

f) Rauchst du? \_\_\_\_\_ wenn ja, wie viel? \_\_\_\_\_

g) Bist du anfällig für Infekte? \_\_\_\_\_

h) Hast du chronische, wiederkehrende Entzündungen?

---

---

i) Häufigkeit der Erkrankungen:

- Grippaler Infekt: \_\_\_\_\_x pro Jahr
- Nasennebenhöhlenentzündung/Sinusitis: \_\_\_\_\_x pro Jahr
- Mittelohrentzündung: \_\_\_\_\_x pro Jahr
- Angina: \_\_\_\_\_x pro Jahr
- Harnwegsinfekte: \_\_\_\_\_x pro Jahr
- Antibiotika: \_\_\_\_\_x pro Jahr
- Sonstige (z.B. Hepatitis, Epstein Barr, Zähne) \_\_\_\_\_

j) Welche Impfungen hast du? Welche gab es kürzlich? Polio, Diphtherie, Tetanus, Keuchhusten, Hepatitis A, Hepatitis B, Masern, Mumps, Röteln, Zecken/FSME, Grippe, Corona

---

---

---

k) Welche seelischen oder emotionalen Themen/Probleme gibt es, mit denen du momentan konfrontiert bist? Was setzt dich unter Stress?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Nur für Frauen:** Bist du aktuell Schwanger? JA\_\_\_ Nein:\_\_\_

a) Menstruationszyklus: Wie regelmäßig sind Ihre Menstruationszyklen? Haben Sie in Bezug auf Ihren Menstruationszyklus irgendwelche besonderen Probleme festgestellt?

---

---

---

---

---

---

b) Schwangerschaftsgeschichte: Haben Sie in der Vergangenheit Schwangerschaften gehabt? Gab es Komplikationen während der Schwangerschaft oder bei der Geburt?

---

---

---

c) Hormonelle Gesundheit: Haben Sie jemals Probleme mit hormonellen Ungleichgewichten oder Erkrankungen wie PCOS (Polyzystisches Ovarialsyndrom) oder Schilddrüsenerkrankungen erlebt?

---

---

---

d) Familienanamnese: Gibt es in Ihrer Familie Geschichte von Erkrankungen wie Brustkrebs, Eierstockkrebs oder anderen gynäkologischen Erkrankungen?

---

---

---

e) Verhütung: Welche Art der Verhütung verwenden Sie aktuell? Haben Sie Probleme, Nebenwirkungen oder Bedenken im Zusammenhang mit Ihrer aktuellen Verhütungsmethode?

---

---

---

f) Menopause: Wenn Sie sich in oder nahe der Menopause befinden, wie verläuft diese für Sie? Haben Sie irgendwelche spezifischen Symptome oder Beschwerden?

---

---

---

---

g) Gynäkologische Erkrankungen: Gab es in der Vergangenheit gynäkologische Erkrankungen, einschließlich Infektionen, Myome, Endometriose oder andere Probleme im Zusammenhang mit dem reproduktiven System?

---

---



**Mundgesundheit**

a) Leidest du an offensichtlichen Symptomen im Mundraum? (z.B. Zahnschmerzen, Temperatursensibilität, Mundgeruch, Sensibel gegenüber Säure ect.)

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

b) Welche Eingriffe hattest du im Mundraum? (z.B. Implantat, Wurzelbehandlung, Füllungen - Wenn ja, welches Material wurde verbaut? Zahnentfernung ect.)

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Zeichne ein: Füllung: F, Narbe: #, Schwellung: ~, Schmerz: ⚡ Entzündung: //, Operation: Ø, Missempfinden: ...

**Oberkiefer**

	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	
<b>R</b>																	<b>L</b>
Rechts																	Links
<b>R</b>																	<b>L</b>
	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	

**Unterkiefer**

**2. Dr. Ernährung**

a) Beschreibe deine Essgewohnheiten? (Vergangenheit bis Gegenwart)

- Wie viel Mahlzeiten pro Tag? - Wie viel Obst und Gemüse? - In welcher Qualität (z.B. Bio)
- Wie viel Liter Flüssigkeit pro Tag? - Welche Getränke? (Wasser, Kaffee, Alkohol, etc.)
- Auf welche Lebensmittel kann schwer verzichtet werden? - Spezielle Ernährungsform?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

b) Gibt es bekannte Allergien?

---

---

---

c) Liegen Nahrungsmittelunverträglichkeiten vor?

(Laktoseintoleranz, Fruktoseintoleranz, Histaminintoleranz , Nahrungsmittelallergie vom Soforttyp (IgE-vermittelt), Zöliakie/Sprue, Nahrungsmittelallergie vom verzögerten Typ (IgG-vermittelt)

---

---

---

d) Welche Nahrungsmittel verträgst du schlecht?

---

---

---

e) Welche Reaktionen hast du auf unverträgliche Nahrungsmittel?

---

---

---

f) Wie ist deine Verdauung, dein Magen-Darm-Zustand?

(z.B. Völlegefühl nach dem Essen, Übelkeit nach dem Essen, Blähbauch, Sodbrennen, vermehrtes Aufstoßen, Appetitlosigkeit, Geruch abgehende Winde - übelriechend, Verstopfung, Tendenz zu weichen Stühlen, Durchfall, Wechsel von Durchfall und Verstopfung , Gastritis, Magengeschwür, Hämorrhoiden, Stuhlgang täglich, Stuhlgang alle 2-3 Tage, sonstiges)

---

---

---

---



**3. Dr. Schlaf**

a) Beschreibe deine Schlafqualität? Wie ist dein Ein- und Durchschlafverhalten? \_\_\_\_\_

---

---

---

Bewerte von: 1 = Schlechte Schlafqualität / 10 = Sehr gute Schlafqualität \_\_\_\_\_

b) Welche Temperatur hat dein Schlafzimmer? \_\_\_\_\_

c) Wie sind deine Schlafbedingungen?

- Regelmäßige, unregelmäßige Schlafenszeiten?
- Wie viel Stunden im Schnitt schläfst du?
- Elektrosmog, Lärm- oder Lichtverschmutzung?

---

---

---

**4. Dr. Bewegung**

a) Bewegst du dich regelmäßig im Alltag oder in deiner Arbeit?

---

---

---

---

---

---

b) Treibst du Sport? Welche Art von Sport?

---

---

---

---

---

---

c) Wie fühlst du dich in den Bereichen? 0 % = Schlecht/ 100% = Sehr Gut



Gib die Zahl in Prozent an.

## 5. Dr. Natur

### Naturkontakt

a) Wie oft und in welcher Form bist du in der Natur?

---

---

---

### Hitze und Kälte

a) Setzt du dich regelmäßig Hitze und Kälte Reize aus (Sauna, Infrarotkabine, Kneipen, Eisbaden etc.)?

---

---

---

### Vitamin D

a) Wie viel bist du in der Sonne? Wie oft und mit wie viel Körperoberfläche (ohne Sonnencreme) setzt du dich der Sonne aus ?

---

---

---

---

b) Kennst du deinen aktuellen Vitamin D Wert? ja\_\_\_ nein\_\_\_ Wenn Ja, gib ihn an:\_\_\_\_\_

c) Hast du Erkrankungen, die im Zusammenhang mit Vitamin D Mangel stehen könnten? z.B.:

- Erhöhte Infektanfälligkeit, chronische Infekte, Zahnfleischentzündungen, Zahnausfall
- Osteoporose (Knochenschwund) Rachitis (Knochenerweichung bei Kindern im Wachstumsalter)
- Übergewicht, Hauterkrankungen, Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus)
- Depressionen, Schlafstörungen, Bluthochdruck, Herzschwäche und andere Herz-Kreislauf,
- Chronisches Müdigkeitssyndrom (CFS),
- Rheuma und verschiedene Autoimmunerkrankungen, Epilepsie,
- Tumore in Darm, Brust, Prostata und Eierstöcken sowie Hautkrebs
- Beschwerden vor der Menstruation, Zysten an den Eierstöcken, Wachstum von Gebärmutter Schleimhaut an anderen Stellen im Körper, Schwangerschaftskomplikationen etc.

---

---

---

---

---

**Umwelt und Entgiftung**

a) Hast oder hattest du Amalgamfüllungen in den Zähnen? (Quecksilber)

---

---

---

---

---

b) Isst du nicht biologische Lebensmittel? Welche und wie oft? (Herbizide, Insektizide, Pestizide)

---

---

---

---

c) Was trinkst du? Kommen deine Getränke aus Plastikflaschen oder Tetrapack? (Mikroplastik, Weichmacher)

---

---

---

---

d) Welche Arbeitsplatzbedingungen hast du und welchen Giften bist du ausgesetzt? (z.B. Plastik, Kosmetik, Lacken, Haarspray, Abgase oder Lösungsmitteln)

---

---

---

---

e) Inwieweit bist du Bedingungen ausgesetzt, die auf deinen Körper wirken?

Z.B. Elektromog, W-Lan / Strahlung, Gifte, Fabriken, Luftqualität, Straßen, Flughafen etc.

---

---

---

---

---

---

---

---

**6) Dr. ICH:**

**1. Transgenerationale Aspekte**

a) Inwieweit sind dir die Lebensstilbedingungen deiner Ahnen (vorherigen Generationen) bekannt?  
Antwort basierend auf dem Gefühl. Skala 1-10, 1=kaum bekannt, 10=sehr bewusst

---

b) Welche Muster sind dir bekannt, die sich innerhalb der Familie regelmäßig wiederholen?  
(Krankheiten, Einstellungen und Einsichten, Ernährung, körperliche Probleme, körperliche Fitness, Gefühlsmuster, Traumata etc.)

---

---

---

---

---

---

---

c) Welche wiederkehrenden Konflikte gibt es in deinem Familiensystem?

---

---

---

---

---

---

---

---

d) Gibt es Erkrankungen in der Familie (Mutter/Vater/ Geschwister)? z.B. Bluthochdruck, Diabetes, Fettstoffwechselstörung, Herzinfarkt, Asthma, Erbkrankheiten, Krebs, sonstige

---

---

---

---

---

---

---

---

## 2. Psyche

Human Basics by Markus Bürbaumer

a) Wie schätzt du deinen regelmäßigen emotionalen Stresspegel ein. Damit gemeint sind: Zweifel, Gedankenkarusell, Erregheitszustand, Unsicherheit, Scham oder Schuldgefühle etc.  
1 = Sehr entspannt und zuversichtlich, 10 = sehr gestresst

---

---

b) Wie äußert sich dein Stress und wie deine Entspannung? Beschreibe die Zustände.

---

---

---

---

c) Was sind immer wiederkehrende Probleme / Themen in deinem Leben, die du gerne verändern möchtest?

---

---

---

---

d) Wann kannst oder konntest du einen direkten Zusammenhang (zeitlich oder spürbar) zwischen emotionalen Themen und körperlichen Beschwerden erkennen?

---

---

---

---

## 3. Soziales Umfeld

a) Wie geht es dir mit deinem sozialen Umfeld im Gesamten? \_\_\_\_\_  
1 = Es setzt mich unter Druck, ich habe hohe Erwartungen zu erfüllen  
10 = Es gibt mir emotionale Entspannung, Vertrauen und Sicherheit

b) Welche Aspekte/Personen in deinem Umfeld spenden dir Energie und welche Aspekte deines Umfeldes ziehen dir Energie? (Freunde, Familie, Bekannte, Arbeitskolleg\*innen)

---

---

---

---

---

Abschließende Notizen:

---

---

---

## Deine Krankheitsgeschichte

Gehe gedanklich dein ganzes Leben zurück. Wann sind deine Symptome das erste Mal aufgetaucht? Was war zu dieser Zeit sonst so los in deinem Leben? (Operationen, Emotionale Schocks, Höhen und Tiefen, Unfall, Zahnbehandlung, Medikamente, Todesfall, Umzug, Trennung). Diese Übung soll dir dabei helfen, um eventuelle Auslöser herauszufinden.

Trage auf der linken Seite alle Ereignisse ein und auf der rechten Seite der Linie wie es dir zu dieser Zeit emotional - psychisch gegangen es. Notiere zusätzlich den ungefähren Zeitpunkt entlang der Jahrlinie. Bedenke auch die Zeit vor deiner Geburt, in der Schwangerschaft.

**Ereignis**

**Jahr**

**Psyche**

Geburt

1 LJ

Schwangerschaft

# Screeningbogen Gesundheitscoaching



HUMAN  
BASICS

## Test

## Retest

### KLINIK

Größe \_\_\_\_\_ cm

Taillenumfang \_\_\_\_\_ cm

Gewicht \_\_\_\_\_ kg

Blutdruck

+systolisch \_\_\_\_\_ mmHG

+diastolisch \_\_\_\_\_ mmHG

### LABOR

Triglyceride

Glucose

HbA1C

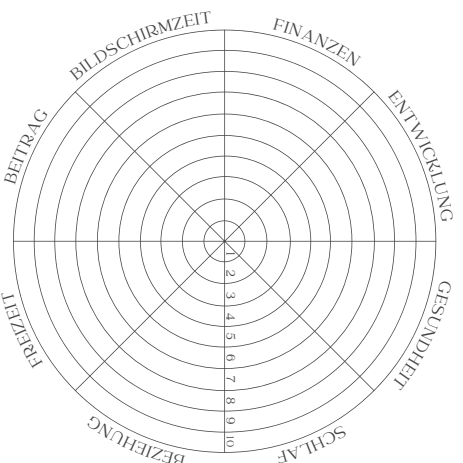
Gesamtcholesterin

HDL Cholesterin

TOKEN-ID: \_\_\_\_\_

DATUM: \_\_\_\_\_

### Das Rad des LEBENS



### Energielevel

Stark 0 ★★★★★ 5

Schlaf 0 ★★★★★ 5

Stimmung 0 ★★★★★ 5

Schmerz 0 ★★★★★ 5

Stress 0 ★★★★★ 5

Steifigkeit 0 ★★★★★ 5

JA NEIN

Diabetesmedikamente

Statintherapie

Blutdruckmedikamente

Cortisontherapie

### KLINIK

Größe \_\_\_\_\_ cm

Taillenumfang \_\_\_\_\_ cm

Gewicht \_\_\_\_\_ kg

Blutdruck

+systolisch \_\_\_\_\_ mmHG

+diastolisch \_\_\_\_\_ mmHG

### LABOR

Triglyceride

Glucose

HbA1C

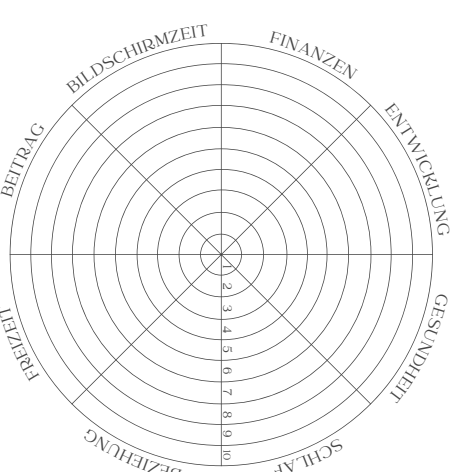
Gesamtcholesterin

HDL Cholesterin

TOKEN-ID: \_\_\_\_\_

DATUM: \_\_\_\_\_

### Das Rad des LEBENS



### Energielevel

Stark 0 ★★★★★ 5

Schlaf 0 ★★★★★ 5

Stimmung 0 ★★★★★ 5

Schmerz 0 ★★★★★ 5

Stress 0 ★★★★★ 5

Steifigkeit 0 ★★★★★ 5

JA NEIN

Diabetesmedikamente

Statintherapie

Blutdruckmedikamente

Cortisontherapie



## Medizin-Disclaimer

### **Haftungsausschluss und allgemeiner Hinweis zu medizinischen Themen:**

Die hier dargestellten Inhalte dienen ausschließlich der neutralen Information und allgemeinen Weiterbildung. Sie stellen keine Empfehlung oder Bewerbung der beschriebenen oder erwähnten Methoden, Behandlungen oder dar.

Dieses Formular dient zur Selbstbeobachtung und ist nicht als Ersatz für professionelle medizinische Beratung, Diagnose oder Behandlung gedacht. Jegliche Informationen, die Sie in diesem Formular festhalten, sollten als Hinweis betrachtet werden und sind keine medizinische Diagnose!

Wir übernehmen keine Verantwortung für die Richtigkeit, Vollständigkeit oder Aktualität der Informationen in diesem Formular und empfehlen, jegliche Fragen oder Bedenken bezüglich Ihrer Gesundheit mit einem Arzt oder einem anderen medizinischen Fachpersonal zu besprechen. Die Nutzung dieses Formulars erfolgt auf eigenes Risiko.

Der Text ersetzt somit keinesfalls die fachliche Beratung durch einen Arzt, Therapeuten oder Apotheker und darf nicht als Grundlage zur eigenständigen Diagnose oder Behandlung von Krankheiten verwendet werden.

Konsultieren Sie bei gesundheitlichen Fragen oder Beschwerden immer den Arzt oder die Ärztin Ihres Vertrauens! Der Autor übernimmt keine Haftung für Unannehmlichkeiten oder Schäden, die sich aus der Anwendung der hier dargestellten Information, Texten, Videos und Bildern ergeben.

### Impressum

Die Inhalte wurden mit größter Sorgfalt recherchiert und erarbeitet. Es wird keine juristische Haftung für verbliebene Fehler oder daraus resultierende Folgen übernommen.

Die Informationen und Ratschläge in den Unterlagen bieten keinen Ersatz für medizinischen Rat!

Jedes Ausprobieren erfolgt im Rahmen der Eigenverantwortung auf eigenes Risiko.

© 2024 Markus Bürbaumer - Human Basics

Alle Rechte vorbehalten. Nachdruck, auch auszugsweise, sowie die Verbreitung jeglicher Art darf nur mit schriftlicher Genehmigung erfolgen. Das Urheberrecht und Copyright aller Inhalte wie Texte, Grafiken und Bilder dieser Unterlagen liegen ausschließlich bei Markus Bürbaumer - Human Basics

Markus Bürbaumer - Human Basics  
Waidhofnerstraße 63/2  
3353 Seitenstetten  
info@humanbasics.at  
www.humanbasics.at