

Sehr geehrte Dame, sehr geehrter Herr!

**Vielen Dank, dass Sie sich ca. 10 Minuten Zeit nehmen
um den Fragebogen auszufüllen!**

Es gibt keine „richtigen“ oder „falschen“ Antworten.

**Was zählt, sind einzig und allein Ihre persönlichen
Einschätzungen, Wünsche und Erwartungen.**

1. Eine Frage vorne weg:

Haben oder hatten Sie jemals eine der folgenden Erkrankungen oder Behandlungen?

- Krebs-Erkrankung
- Herz- und Kreislauferkrankungen (z.B. Herzschwäche, Schlaganfall, etc.)
- Allergien, Unverträglichkeiten
- Chronisch entzündliche Leiden (z.B. Rheuma)
- Kurmedizin, Präventionsmedizin, Anti-Aging
- Stoffwechselerkrankung (Diabetes, Gewichtskontrolle)
- Nerven-Leiden
- Sonstige, und zwar: _____

2. Wenn Sie Krebs angekreuzt haben? Welche Tumorart?

- Brust Lunge Darm Leukämie (Blutkrebs)
- Magen Eierstock Prostata Bauchspeicheldrüse
- Hoden Niere Sarkom Leber/Galle
- Lymphom Gehirn Multiples Myelom
- Sonstiges: _____

3. Haben Sie zu einem der angegebenen Punkte jemals ergänzende Behandlungsmethoden (zusätzlich zur Kassen- oder Schulmedizin) beansprucht?

- Krebs Herz- und Kreislauferkrankungen
- Allergien, Unverträglichkeiten Stoffwechselerkrankung
- Nerven-Leiden Kurmedizin, Präventionsmedizin, Anti-Aging
- Sonstiges: _____

4. Waren oder sind Sie wegen eines nahestehenden Menschen mit einem der folgenden Themen befasst?

- Krebs-Erkrankung
 Herz- und Kreislauferkrankungen (z.B. Herzschwäche, Schlaganfall)
 Allergien, Unverträglichkeiten
 Chronisch entzündliche Leiden (z.B. Rheuma)
 Kurmedizin, Präventionsmedizin, Anti-Aging
 Stoffwechselerkrankung (Diabetes, Gewichtskontrolle)
 Nerven-Leiden
 Sonstige, und zwar: _____

5. Im Falle von Krebs bei der nahestehenden Person: Um welche Tumorart handelt es sich?

- Brust Lunge Darm Leukämie (Blutkrebs)
 Magen Eierstock Prostata Bauchspeicheldrüse
 Hoden Niere Sarkom Leber/Galle
 Lymphom Gehirn Multiples Myelom
 Sonstiges: _____

6. Traditionelle Europäische (TEM) – europäische Naturheilverfahren

Bitte in der alphabetischen Liste pro Zeile das am besten zutreffende Feld markieren.

	Sagt mir nichts	Schon einmal gehört	Davon halte ich nichts	Habe damit positive Erfahrungen	Darüber würde ich gerne mehr erfahren
Anthroposophische Medizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aromatherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bewegungstherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Craniosacrale Therapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ernährungs-Beratung/-Therapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F.X. Mayr (Ernährung, Bewegung, Ordnung Hydrotherapie,)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hildegard von Bingen Medizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Homöopathie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Homotoxikologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hydrotherapie (Bäder/Dämpfe, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Irisdiagnostik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kneipp Medizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Traditionelle Europäische (TEM) – europäische Naturheilverfahren

Bitte in der alphabetischen Liste pro Zeile das am besten zutreffende Feld markieren.

	Sagt mir nichts	Schon einmal gehört	Davon halte ich nichts	Habe damit positive Erfahrungen	Darüber würde ich gerne mehr erfahren
Manuelle Therapie (Manuelle Medizin, Chirotherapie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Misteltherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Osteopathie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ordnungstherapie (gesundheitsförderlicher Lebensstil)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Phytotherapie (Heilpflanzen, Kräuter)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schröpfen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wickel/Auflagen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Entspannungs-/Achtsamkeitstherapien und Ähnliches

Bitte in der alphabetischen Liste pro Zeile das am besten zutreffende Feld markieren.

	Sagt mir nichts	Schon einmal gehört	Davon halte ich nichts	Habe damit positive Erfahrungen	Darüber würde ich gerne mehr erfahren
Achtsamkeitstherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autogenes Training	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hypnosetherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meditation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Progressive Muskelrelaxation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kennen Sie weitere Entspannungstherapien?

9. Traditionelle Chinesische Medizin (TCM)

Bitte in der alphabetischen Liste pro Zeile das am besten zutreffende Feld markieren.

	Sagt mir nichts	Schon einmal gehört	Davon halte ich nichts	Habe damit positive Erfahrungen	Darüber würde ich gerne mehr erfahren
Akkupressur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Akupunktur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Äußere Anwendungen/ Manualtherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bewegungstherapie (z.B. Tai Chi, Qigong ..)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. Traditionelle Chinesische Medizin (TCM)

Bitte in der alphabetischen Liste pro Zeile das am besten zutreffende Feld markieren.

	Sagt mir nichts	Schon einmal gehört	Davon halte ich nichts	Habe damit positive Erfahrungen	Darüber würde ich gerne mehr erfahren
Ernährung/Diätetik und Lebensweise	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Moxibustion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pflanzenheilkunde (Kräuter)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schröpfen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tuina-Massage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. Traditionelle Indische Medizin (Ayurveda)

Bitte in der alphabetischen Liste pro Zeile das am besten zutreffende Feld markieren.

	Sagt mir nichts	Schon einmal gehört	Davon halte ich nichts	Habe damit positive Erfahrungen	Darüber würde ich gerne mehr erfahren
Ayurvedische Aromatherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ernährung/Diätetik und Lebensweise	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mediation/Yoga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pflanzenheilkunde (Kräuter)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reinigungsbehandlungen (Spezifische Massagen, Kräuterdampfbäder, Kräutereinläufe)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vedische Urklang-/ Musiktherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12. Traditionelle Japanische Medizin

Bitte in der alphabetischen Liste pro Zeile das am besten zutreffende Feld markieren.

	Sagt mir nichts	Schon einmal gehört	Davon halte ich nichts	Habe damit positive Erfahrungen	Darüber würde ich gerne mehr erfahren
Äußere Anwendungen, Manualtherapie (Moxibustion, Shiatsu)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ernährung/Diätetik und Lebensweise	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Japanische Akupunktur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pflanzenheilkunde (Kräuter)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13. Traditionelle Tibetische Medizin

Bitte in der alphabetischen Liste pro Zeile das am besten zutreffende Feld markieren.

	Sagt mir nichts	Schon einmal gehört	Davon halte ich nichts	Habe damit positive Erfahrungen	Darüber würde ich gerne mehr erfahren
Äußere Anwendungen/ Manualtherapie (Fango, Massage, Moxibustion)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ernährung/Diätetik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lebensführung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pflanzeheilkunde (Kräuter)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kennen Sie noch weitere fernöstliche Anwendungen und Therapien?**14. Zell- und blutbasierte Therapien bzw. Verfahren**

Bitte in der alphabetischen Liste pro Zeile das am besten zutreffende Feld markieren.

	Sagt mir nichts	Schon einmal gehört	Davon halte ich nichts	Habe damit positive Erfahrungen	Darüber würde ich gerne mehr erfahren
Blutegeltherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dendritische Zelltherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dunkelfeldmikroskopie- Diagnostik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eigenblutbehandlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kennen Sie weitere zell- und blutbasierte Anwendungen?**15. Stärkung der Psyche**

Bitte in der alphabetischen Liste pro Zeile das am besten zutreffende Feld markieren.

	Sagt mir nichts	Schon einmal gehört	Davon halte ich nichts	Habe damit positive Erfahrungen	Darüber würde ich gerne mehr erfahren
Bioenergie-Therapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hypnose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NLP (Neuro- Linguistisches- Programmieren)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psycho Onkologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychosomatische Medizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Simonton	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kennen Sie weitere Methoden zur Stärkung der Mental-Kraft?

16. Manuelle Therapieverfahren

Bitte in der alphabetischen Liste pro Zeile das am besten zutreffende Feld markieren.

	Sagt mir nichts	Schon einmal gehört	Davon halte ich nichts	Habe damit positive Erfahrungen	Darüber würde ich gerne mehr erfahren
Chiropraktik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fußreflexzonenmassage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klassische Massage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kennen Sie noch weitere manuelle Therapieverfahren?

17. Verschiedenes

Bitte in der alphabetischen Liste pro Zeile das am besten zutreffende Feld markieren.

	Sagt mir nichts	Schon einmal gehört	Davon halte ich nichts	Habe damit positive Erfahrungen	Darüber würde ich gerne mehr erfahren
Bestrahlung mit polarisiertem Licht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bioelektronische und bioenerget. Regulationstherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eiseninfusion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Elektroakupunktur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Feldenkrais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hyperthermie und Fiebertherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infiltrationstherapien (z.B. Homeosiniatrie, Neuraltherapie, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ionisierter-Sauerstoff-Therapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Laserakupunktur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Laserlicht, flächig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lasertherapie, intravenös	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lichttherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Magnetfeldtherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mikroimmuntherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ozontherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Gibt es weitere Therapie, die noch nicht genannt wurden?

18. Nutzen Sie hin und wieder eines der folgenden rezeptfrei erhältlichen Produkte?

- Bachblüten
- Heilpflanzen
- Mineralstoffe
- Schüssler Salze
- Spurenlemente
- Nahrungsergänzungsmittel/diätetische Lebensmittel
- Vitamine

Gibt es weitere rezeptfreie Produkte, die Sie gerne nehmen?

19. Ihre Internet-Nutzung**Bestellen Sie Medikamente im Internet?**

- Noch nie Schon einmal gemacht Gelegentlich Regelmäßig Ständig

Bestellen Sie Nahrungsergänzungsmittel im Internet?

- Noch nie Schon einmal gemacht Gelegentlich Regelmäßig Ständig

Suchen Sie medizinische Informationen im Internet?

- Noch nie Schon einmal gemacht Gelegentlich Regelmäßig Ständig

20. Aufgrund Ihrer Erfahrungen: Was ist Ihnen im Zuge Ihrer Erkrankung in der medizinischen Versorgung besonders aufgefallen?

21. Was könnte man, Ihrer Meinung nach, in der medizinischen Versorgung verbessern?

22. Was ist Ihnen in der medizinischen Versorgung allgemein positiv aufgefallen?

23. Statistische Angaben

Geschlecht Männlich Weiblich

Altersgruppe

unter 20 20-29 30-39 40-49 50-59 60-69 über 70

Vorname (freiwillig): _____

Nachname (freiwillig): _____

E-Mail (freiwillig): _____

Postleitzahl (Bitte angeben, da sie für die wissenschaftliche Auswertung **benötigt** wird)

Ich bin zu Hause in...

Burgenland Niederösterreich Oberösterreich Deutschland
 Salzburg Kärnten Vorarlberg Schweiz
 Tirol Steiermark Wien _____

Höchster Schulabschluss

Pflichtschule Lehre Matura (Abitur)
 Fachhochschule Universität

Beruflich gesehen bin ich derzeit...

Schüler in Ausbildung Angestellt
 Selbstständig im Haushalt Ohne Beschäftigung
 im Ruhestand In Karenz Sonstiges: _____

Mein berufliches Umfeld

Medizin/Gesundheit Bildung/Sozialberufe
 Industrie/Produktion Handel/Verkehr
 Dienstleistung/Beratung Tourismus/Gastronomie
 Verwaltung/Öffentl. Dienst Sonstiges: _____

VIELEN DANK FÜR IHRE MITHILFE!

*Fragebogen retour an **SCIgenia GmbH**,
per Post: Hahngasse 16/14, 1090 Wien, Austria
per Mail: Bitte einscannen und senden an: office@patient4you.info*