



Anamnesebogen

Werte Patientin, werter Patient,

bitte nehmen Sie sich Zeit, diesen Fragebogen auszufüllen. Am besten tun Sie dies allein.

Bitte reichen Sie den ausgefüllten Fragebogen noch vor der ersten Beratung mit mir ein. Dadurch habe ich genügend Zeit, mich gezielt auf Ihre Person vorzubereiten, und ich kann auf Ihre speziellen Beschwerden und Umstände eingehen.

Bitte streichen Sie Unzutreffendes und kreuzen Sie Zutreffendes an. Gerne können Sie beliebige Erläuterungen hinzufügen.

Ich versichere Ihnen, dass Ihre Angaben in diesem Fragebogen entsprechend der gesetzlich vorgeschriebenen Schweigepflicht behandelt werden und ohne Ihre schriftliche Erlaubnis grundsätzlich nicht an Dritte weitergegeben werden.

Name	Vorname	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer	PLZ, Wohnort	Telefonnummer
E-Mail	Krankenkasse	Hausarzt
Geschlecht	Familienstand	Wie viele Kinder / Alter
Körpergröße in cm (ca.)	Gewicht in kg (ca.)	Derzeitiger Beruf / Tätigkeit
Blutdruck (wenn bekannt)	Sind Sie Bluter, haben Sie Blutgerinnungsstörungen?	Welche Blutgruppe haben Sie? (wenn bekannt)
Tragen Sie eine Brille oder Kontaktlinse?	Tragen Sie ein Hörgerät?	Andere, bei Ihnen angewendete Medizinprodukte?

Aktuelle Beschwerden, derentwegen Sie behandelt werden möchten und Sie meine Praxis aufsuchen:

Was für Beschwerden? (freie Schilderung)

.....

.....

.....

Wo? (Lokalisation, ggf. wechselnd, wandernd, großflächig, nur an einer Stelle)

.....

.....

Wie fühlen sich die Beschwerden an? Z.B. Schmerzcharakter, bitte ankreuzen oder anders selbst beschreiben

- hell stechend dumpf bohrend
 oberflächlich tief wechselnd im Charakter

.....

Wie ist die **Schmerzintensität** auf einer Skala von 1 bis 10 (bitte Kreuzchen auf der Skala machen)?

Kein Schmerz		Leichter Schmerz		Mäßiger Schmerz		Starker Schmerz		Sehr starker Schmerz	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Wann haben die Beschwerden begonnen?

Wie haben die Beschwerden begonnen, plötzlich akut oder schleichend allmählich?

.....

Gab es damals **auslösende Faktoren**?

Wann treten die **Beschwerden zeitlich** auf?

Tageszeit:

.....

permanent

Periodisch, wann:

Was verbessert die Beschwerden? Z.B.?

- | | | | | |
|--|---|--------------------------------------|---------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Wärme | <input type="checkbox"/> Kälte | <input type="checkbox"/> Trockenheit | <input type="checkbox"/> Feuchtigkeit | <input type="checkbox"/> Ruhe |
| <input type="checkbox"/> Bewegung | <input type="checkbox"/> Druck | <input type="checkbox"/> Massage | <input type="checkbox"/> Essen | <input type="checkbox"/> im Bett |
| <input type="checkbox"/> Weinen | <input type="checkbox"/> Ablenkung durch Arbeit | | | |
| <input type="checkbox"/> Andere Dinge, wie | | | | |

Was verschlimmert die Beschwerden? Z.B.?

- | | | | | |
|---|--|--------------------------------------|--|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Wärme | <input type="checkbox"/> Kälte | <input type="checkbox"/> Trockenheit | <input type="checkbox"/> Feuchtigkeit | <input type="checkbox"/> Ruhe |
| <input type="checkbox"/> Bewegung | <input type="checkbox"/> Druck | <input type="checkbox"/> Massage | <input type="checkbox"/> vor dem Essen | <input type="checkbox"/> im Bett |
| <input type="checkbox"/> nach dem Essen | <input type="checkbox"/> Wetterwechsel | <input type="checkbox"/> Weinen | | |
| <input type="checkbox"/> nach der Einnahme von bestimmten Genuss- oder Lebensmitteln, welche? | | | | |

- Andere Dinge, wie

Warum bzw. wodurch entstehen Ihrer Meinung nach die Beschwerden? (auslösende Faktoren)

Waren Sie bezüglich der Beschwerden schon **bei einem/einer Arzt/Ärztin**, oder sind Sie in Behandlung bei einem/einer **anderen Therapeuten/-in**? Wenn ja, welchen/welche und seit wann?

Haben Sie chronische Erkrankungen? Wenn ja, welche? Bitte kreuzen Sie an und ergänzen Sie:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Gelenkschmerzen |
| <input type="checkbox"/> Chronische Bronchitis | <input type="checkbox"/> Fibromyalgiesyndrom |
| <input type="checkbox"/> Sonstige Lungenprobleme | <input type="checkbox"/> Chronische Magenentzündungen |
| <input type="checkbox"/> Tuberkulose | <input type="checkbox"/> Gallensteine |
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Gallengangsentzündung |
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus | <input type="checkbox"/> Leberprobleme |
| <input type="checkbox"/> Schilddrüsenüberfunktion | <input type="checkbox"/> Leberentzündungen |
| <input type="checkbox"/> Schilddrüsenunterfunktion | <input type="checkbox"/> Pankreasinsuffizienz |
| <input type="checkbox"/> Rheuma | <input type="checkbox"/> Chronische Pankreasentzündung |
| <input type="checkbox"/> Chronische Arthritis | <input type="checkbox"/> Chronische Darmentzündungen |
| <input type="checkbox"/> Arthrose | <input type="checkbox"/> Harnwegsinfektionen |
| <input type="checkbox"/> Muskelschmerzen | <input type="checkbox"/> Nierenentzündungen |
| <input type="checkbox"/> Muskelkrämpfe | <input type="checkbox"/> Nierensteine |
| <input type="checkbox"/> Niereninsuffizienz | <input type="checkbox"/> Prostatabeschwerden |

Andere Erkrankungen, wenn ja, welche?

.....

Welche **Operationen** hatten Sie bisher und wann (Jahr)?

.....

Nehmen Sie zurzeit **Medikamente und Nahrungsergänzungsmittel** ein? Wenn ja, **welche und gegen welche Beschwerden?** Bitte bringen Sie zum Termin Ihren Medikamentenplan mit.

.....

Sind Sie vollständig **geimpft?** Bitte bringen Sie zum Termin Ihren Impfausweis mit.

Ja

Nein

Haben Sie in den letzten Jahren **Antibiotika** genommen? Ja

Nein

Wenn ja, wann?

.....

Zahnstatus

Sind Ihre Zähne saniert oder in Ordnung?

Ja

Nein

Neigten oder neigen Sie zu Karies?

Ja

Nein

Haben Sie Zahnfüllungen?

Ja

Nein

Haben Sie Implantate (ganzer Körper gemeint)?

Ja

Nein

Wenn ja, welche?

.....

Allergien (Bitte Allergiepass mitbringen!)

Sind Ihnen Allergien gegen Medikamente bekannt?

Ja

Nein

Wenn ja, welche?

.....

Essen Sie regelmäßig?

- Ja, mehrere Mahlzeiten, auch warme, am Tag
- Ja, oft nur kalte Mahlzeiten
- Nein, oft viele Stunden gar nichts

Was trinken Sie regelmäßig?

- Mineralwasser
- Tee
- Kaffee
- Säfte
- kohlenensäurehaltige Limonade (Cola, Fanta,..)
- Milch
- Sojamilch
- Bier
- Sonstiges

Wie viel Liter trinken Sie pro Tag?

Welchen Alkoholkonsum haben Sie?

- kein Alkohol
- wenig Alkohol
- viel Alkohol
- Bier
- Wein
- Hochprozentiges

Rauchen Sie?

- Nein
- Ja, nur gelegentlich
- Ja, täglich
- Ja, mehr als 20 Zigaretten am Tag

Treiben Sie Sport?

- Nein
- selten
- häufig
- Ausdauersport (z.B. Jogging)
- Kraftsport
- Bodybuilding
- Sonstiges (z.B. Schwimmen, Radfahren,..)

Wie hoch ist Ihr täglicher Stresspegel?

- wenig Stress
- oft Stress
- dauernd Stress
- geringe Stressintensität
- starke Stressintensität

Weitere Aspekte aus Ihrer Sicht, die im Fragebogen nicht angesprochen wurden?

.....

.....

.....

Ggf. detaillierter Fragen

Allgemeine Zeichen					
Blasses Gesicht	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Schweregefühl Kopf?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Rotes Gesicht	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Schweregefühl Beine?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Allgemeine Müdigkeit, Abgeschlagenheit	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Schnell erschöpft, keine Fitness mehr?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Antriebsarm, Startprobleme?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Allgemeines Kältegefühl?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Müdigkeit trotz ausreichenden Schlafs?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Aufsteigendes Hitzegefühl?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Appetit vermindert?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Leiden Sie unter Krampfadern? Wenn ja, wo?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Appetit vermehrt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Arteriosklerose bekannt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Durst vermindert?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Nervosität?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Durst vermehrt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Geschwollene Hände?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Luftnot?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Geschwollene Füße?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Nachschweiße?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Beinkrämpfe?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Spontaner Schweißausbruch	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Geschwollene Knöchel oder Unterschenkel?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
- Nachts	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Taubheitsgefühl Hände?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
- Tagsüber	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Taubheitsgefühl Füße?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Schwitzen an den Händen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Missempfindungen Hände?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Schwitzen an den Füßen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Missempfindungen Füße?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Heiße Hände?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Kalte Hände?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Heiße Füße?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Kalte Füße?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Schwitzen am Kopf?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Niedriger Blutdruck?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Öfters Fieber aus unerklärlichen Gründen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Hoher Blutdruck?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Infektanfälligkeit? Wenn ja, welche Infekte?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Sind Sie häufig erkältet (Husten, Schnupfen, Halsschmerzen)? Wie oft im Jahr?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein Wenn ja, wie oft?
Haben Sie im letzten halben Jahr stark abgenommen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein Wenn ja, wie viel kg?	Haben Sie im letzten halben Jahr stark zugenommen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein Wenn ja, wie viel kg?
Kopf					
Neigung zu Ohnmachtsanfällen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Bekommen Sie schlecht Luft durch die Nase?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Neigung zu epileptischen Anfällen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Neigung zu Nasenbluten?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein Wenn ja, wie häufig?
Neigung zu Übelkeit?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Neigung zu Stirn-, Nasennebenhöhlenschmerzen, -entzündungen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Neigung zu Kopfschmerzen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein Wie häufig?	Migräne? Mit Aura?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Nein Wie häufig?

Ggf. zusätzliche detaillierte Fragen:

Ganzkopfschmerz?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Halbseitenkopfschmerz rechts?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Stirnkopfschmerzen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Halbseitenkopfschmerz links?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Hinterhauptschmerz?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Schläfenkopfschmerz mit Augenbeteiligung?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Begleitet die Schmerzen ein Hitzegefühl?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Begleitet die Schmerzen ein Kältegefühl?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie häufig und langanhaltend Schnupfen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Haben Sie besondere Beschwerden im Lippen-Mund-Kiefer-Bereich?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie eine Geruchsschwäche?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Sind Sie besonders Geruchssensibel?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Mund					
Mundgeruch?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Neigung zu Zahnschmerzen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Zungenbelag?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Neigung zu Zahnfleischbluten?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Zungenbrennen oder -kribbeln?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Mundschleimhautgeschwüre? (Herpes)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Lippenherpes?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Trockene Mundhöhle?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Trockene Lippen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Zu viel Speichel?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Ohren					
Zusätzliche Ohrgeräusche?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Schwerhörigkeit?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Hoher Ton?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Generell alle Töne?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Tiefer Ton?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Hohe Töne schlechter?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Beidseitig?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Tiefe Töne schlechter?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Gleichgewichtsstörungen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Schwindel?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Fließt manchmal ein Sekret aus dem Ohr?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Neigung zu Ohrenschmerzen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Augen					
Trockene Augen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Zu viel Tränenflüssigkeit?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Oft entzündete Augen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Brennende Augen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Nachtblindheit?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Juckende Augen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Farbenblindheit?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Verschwommenes Sehen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Kurzsichtigkeit?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Grüner Star?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Weitsichtigkeit?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Grauer Star?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Sonstige Beschwerden? Welche?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Makuladegeneration?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
			Hornhautverkrümmung?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Halsbereich					
Halsschmerzen, Schmerzen beim Schlucken?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Vergrößerung der Schilddrüse festgestellt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Leiden Sie unter Heiserkeit? Wie lange?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Kloßgefühl im Hals?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Brustbereich					
Leiden Sie unter Husten? Seit wann?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Husten mit Auswurf? Wie ist der Auswurf?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Ohne Auswurf, trocken?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Flüssig	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Bellender Husten?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Zähflüssig	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Schwacher Husten?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Fest	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Atemnot?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Wie ist der Auswurf?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Bei leichter Anstrengung?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Durchsichtig	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Nachts?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Weiß	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
In Ruhe?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Gelb	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Asthma-bronchiale-Anfälle?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Grün	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
		Braun oder blutig	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Druckgefühl oder Schmerzen in der Herzgegend?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Enge-Gefühl in der Brust?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
		Schwitzen bei Anstrengung?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Herzstolpern?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Herzrasen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Schlafen Sie mit erhöhtem Oberkörper, um besser zu Atmen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Wie viele Kissen nutzen Sie im Schlaf?	
Bauch			
Bauchschmerzen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Aufstoßen, Sodbrennen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Beschwerden während oder nach dem Essen? Welche?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Welche:	Seit neuerer Zeit Abneigung gegen Fleisch?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Unverträglichkeit von fetten, scharfen, rohen Speisen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Völlegefühl? Übelkeit?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
		Druckgefühl im Oberbauch?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
		Erbrechen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Bauchkrämpfe?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Durchfall?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Weiche, ungeformte Stühle?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Wie oft haben Sie Stuhlgang?	
Harte Stühle?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Welche Farbe hat Ihr Stuhl?	
Verstopfung?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Vermehrte Darmgeräusche?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Probleme mit Hämorrhoiden?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Blähneigung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Brennschmerzen im After?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Blut im Stuhl bemerkt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie Nabelhernien?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Andere Gewebsbrüche bekannt? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Harn- und Geschlechtsorgane			
Schmerzen in der Nierengegend?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Brennschmerzen beim Wasserlassen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Veränderungen der Harnmenge? Welche?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Veränderungen der Harnfarbe? Welche?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Blut im Urin?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Schwierigkeiten, Urin willentlich zurückzuhalten?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Abschwächung des Harnstrahls festgestellt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Nachts regelmäßig Wasser lassen? Wie oft?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wie oft:
Tritt ein Sekret aus der Harnröhre?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Wenig dunkler Urin?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie Harnträufeln?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Viel heller Urin?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Riecht Ihr Urin stark? Nach was?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Wie oft gehen Sie tagsüber zum Wasserlassen?	

Bewegungsapparat, Rückenschmerzen, u.a.					
Steife, geschwollene oder schmerzende Gelenke?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Schlafen (nachts) die Hände ein?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Welche? Finger	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Durchblutungsstörungen der Hände?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Handwurzelknochen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Zittern der Hände?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Handgelenk	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Zittern der Arme?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Ellenbogen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Gefühlsstörungen Arme?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Schulter	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Gefühlsstörungen Hände?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Rücken	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Armschmerzen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Hüfte	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Handschmerzen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Knie	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Schulterschmerzen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Fußwurzelknochen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Nackenschmerzen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Sprunggelenk	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Tiefsitzende Kreuzschmerzen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Zehen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Schmerzen Brustwirbelsäule?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Muskelverspannungen? Wo?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Schmerzen Lendenwirbelsäule (LWS)?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Sehnenentzündungen? Wo?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Strahlen Schmerzen der LWS in die Beine aus?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Zittern der Beine?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Kälteempfindliche LWS?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Schmerzen der Oberschenkel?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Schwache LWS?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Schmerzen der Unterschenkel?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Schmerzen der Füße?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Knochenschmerzen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Allgemein: Werden die Schmerzen bei Druck/Massage besser?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Begleitet die Schmerzen ein Hitzegefühl?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Begleitet die Schmerzen ein Kältegefühl?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Müssen Sie nach dem Gehen einer bestimmten Wegstrecke schmerzbedingt stehen bleiben? Wie lange ist die?				<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Gynäkologische Fragen zur Frau					
Erste Regelblutung, in welchem Alter?			Wie ist die Blutungsstärke (schwach, normal stark, sehr stark)?		
Wie lange ist die Zyklusdauer?			Wie sieht das Blut aus (hell, dunkel, klumpig)?		
Menopause: Letzte Blutung in welchem Alter?			Blutungsdauer, wie viel Tage?		
Tritt ein Sekret aus der Scheide?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Unregelmäßiger Zyklus?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Hormoneinnahme (Pille)?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Regelschmerzen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Spannungsgefühl der Brüste bei der Regel?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Wann (vorher, Mitte, danach)?		
Stimmungsschwankungen vor/während d. Regel?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Wo (Unterleib, Rücken, Bauch, Beine, Brust u.a.)?		
Milchfluss ohne Grund?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Sonstige Brustbeschwerden? Welche?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Sexualität (Mann und Frau)					
Sexuelle Unlust?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Unfruchtbarkeit?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Impotenz?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Unerfüllter Kinderwunsch?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wie oft haben Sie Beischlaf/Sex?			Erektionsstörungen beim Mann?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Haut und Haare					
Brüchige Nägel?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Brennen der Haut?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Fettige, unreine Haut?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Allgemeiner Juckreiz Haut? Wo?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Trockene Haut?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Ekzem?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Hautausschläge?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Haarausfall?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja: Juckend?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Juckende Kopfhaut?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Brennend?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Treten in neuerer Zeit schnell blaue Flecken auf?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Gerötet?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Punktförmige Einblutungen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Mit Pusteln, Bläschen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Heilen Hautwunden schlecht?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Die sind durchsichtig/weiß	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Offene Beine?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Die sind gelb bis rot	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Sonstige Hautveränderung?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Heiß?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Welche?		
Nässend?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Wo?		
Wo?					
Gefühlsleben / Seele / Geist					
Aufbrausend? Leicht reizbar?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Grüblerisch?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Allgemeine innere Unruhe?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Traurig?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Nervosität?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Verbergen Sie Gefühle vor anderen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Angstgefühle?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Konzentrationsstörungen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Niedergeschlagene Stimmung?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Schreckhaft?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Depression?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Viele Sorgen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Gefühl der Einsamkeit?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Gefühl, unverstanden zu sein?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie Probleme, die richtigen Worte für etwas zu finden?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Vergessen Sie im Vergleich zu früher leicht etwas?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Fühlt sich Ihr Denken eingeschränkt an?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Gefühl der Gefühllosigkeit?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Starke Stimmungsschwankungen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Zwänge (zu Handlungen oder zu Gedanken)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Schlaf					
Einschlafstörungen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Nächtliches Herzklopfen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Durchschlafstörungen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Nachts unruhige Beine?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Viele Träume, Alpträume?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Nachts heiße Füße?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Schlafwandeln?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Nachts kalte Füße?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Schnarchen Sie nachts?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Atmen Sie nachts durch den Mund?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie einen erholsamen Schlaf?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Wie viel Stunden schlafen Sie nachts?		

Wenn Sie nachts aufwachen, zu welcher Uhrzeit ist das?		Haben Sie starke Nachtschweißse?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
--	--	----------------------------------	-----------------------------	-------------------------------

Allgemeine Lebensführung

Auf was haben Sie öfter Heißhunger?

.....

Bitte schätzen Sie Ihr Essverhalten ein. Bitte Kreuzchen in die Tabellenzelle machen.

Essen Sie?	viel	wenig	ab und zu	gar nicht
Süßigkeiten				
Kuchen				
Salzgebäck/-knabberei				
Gemüse				
Früchte				
Fleisch				
Fisch				
Eier				
Brot				
Nudeln				
Reis				
Getreide				
Vollkornprodukte				
Weißmehlprodukte				
Fettes				
Scharfes				
Fast Food				
Milchprodukte (Käse, Joghurt)				

Soziale Fragen

Gibt es oft Stress und Ärger in der Familie?

.....

Sind Sie am Arbeitsplatz besonderen Belastungen ausgesetzt (z.B. Zeitdruck, Stress, Mobbing)?

.....

Sind Sie am Arbeitsplatz bestimmten Schadstoffen ausgesetzt? Wenn ja, welche?

.....