

FRAGEBOGEN ZUR ANALYSE IHRER BESCHWERDEN und Belastungsfaktoren aus dem persönlichem Umfeld

NAME: _____ **Datum:** _____

STAND: ledig verheiratet geschieden verwitwet **BERUF:** (derzeit und früher) _____

Versuchen sie bitte **sämtliche Beschwerden bzw. alle Krankheitszeichen** (wie Schmerzen, Ausfallserscheinungen, Depressionen, Gefühle usw.) so genau wie möglich und genauso wie sie es empfinden, zu beschreiben. Das Ankreuzen der anschließenden Fragen erleichtert das Beschreiben ihrer Beschwerden und Auffinden ihrer Belastungsfaktoren. Tragen sie diese dann im beigelegten Fragebogen in Bezug auf **INTENSITÄT**, **ZEITPUNKT** des Auftretens und **HÄUFIGKEIT** ein. Den **ORT** der Beschwerden mit Farbstift markieren! Wenn Sie eine **Ursache** oder **Auslöser** für das Entstehen Ihres Problems vermuten, so tragen sie das ebenso im beigelegten Fragebogen ein.

ALLGEMEINZUSTAND

Beurteilen Sie anhand der folgenden 10 Fragen Ihren Allgemeinzustand

Zutreffendes
ankreuzen

Ich bin beschwerdefrei und habe keinerlei Krankheitszeichen	100%	
Ich bin zu normaler Aktivität fähig und habe nur geringe Krankheitszeichen	90%	
Ich bin nur mit Anstrengung zu normaler Aktivität fähig. Ich habe mäßig starke Krankheitszeichen	80%	
Ich kann mich noch selbst versorgen, bin aber unfähig zur Entfaltung normaler Tätigkeit oder Aktivität	70%	
Mein Zustand ist so beeinträchtigt, daß ich sogar gelegentlich fremde Hilfe benötige.	60%	
Mein Zustand ist so beeinträchtigt, daß ich oft Hilfeleistungen und häufig medizinische Hilfeleistung benötige	50%	
Ich bin behindert und pflegebedürftig - überwiegend bettlägerig	40%	
Ich bin stark behindert. Ein Krankenhausaufenthalt ist angezeigt - ständig bettlägerig	30%	
Ich bin schwer krank. Krankenhausaufenthalt ist zur Therapie unbedingt notwendig	20%	
Meine Krankheit ist lebensbedrohlich und schreitet sehr rasch fort	10%	

Ich habe Mühe bei anstrengenden Tätigkeiten, wie Tragen einer schweren Einkaufstasche oder Handkoffers	Nein	Ja
Ich habe Mühe einen Spaziergang zu unternehmen.	Nein	Ja
Ich habe Mühe kleine Wege wie vor die Wohnung und zurück, zu unternehmen.	Nein	Ja
Ich muß fast den ganzen Tag im Bett oder in einem Sessel verbringen.	Nein	Ja
Ich benötige (krankheitsbedingt) Hilfe beim Essen, Trinken, Waschen und beim Benützen der Toilette.	Nein	Ja

HÄUFIGE BESCHWERDEN Beurteilen Sie Ihre Beschwerden nach Schwere bzw. Häufigkeit

Ich habe Schmerzen -- beurteilen Sie alle Schmerzen zusammen	Nein	gering	deutlich	sehr stark
Schmerzen behindern mich bei meinen täglichen Arbeiten	Nein	gering	deutlich	sehr stark
Ich bin kurzatmig - bekomme wenig Luft	Nein	gering	deutlich	sehr stark
Ich fühle mich schwach und energieelos	Nein	gering	deutlich	sehr
Ich muß mich hinlegen und ausruhen	Nein	selten	häufig	sehr oft
Ich habe Schlafstörungen	Nein	selten	häufig	sehr oft
Appetitlosigkeit ?	Nein	gering	deutlich	sehr stark
Übelkeit ?	Nein	gering	deutlich	sehr stark
Erbrechen ?	Nein	selten	häufig	sehr oft
Müdigkeit ? ..trotz geringer Belastung	Nein	gering	deutlich	sehr stark
Ich leide an Schwindel ?	Nein	gering	deutlich	sehr stark
Ich habe besonders starkes Durstgefühl	Nein	selten	häufig	sehr oft
Ich habe Schwierigkeiten mich zu konzentrieren z.B. beim Lesen	Nein	gering	deutlich	sehr stark
Ich habe Schwierigkeiten mir etwas zu merken	Nein	gering	deutlich	sehr stark
Ich mache mir Sorgen	Nein	selten	häufig	sehr oft
Ich bin gereizt - verärgert - aggressiv	Nein	gering	deutlich	sehr stark

Durch meine Erkrankung bin ich in der Ausübung meiner Hobbys oder anderer Freizeit Aktivitäten eingeschränkt	Nein	gering	deutlich	sehr stark
Durch meine Erkrankung bin ich in der Ausübung meiner Arbeit oder anderer täglicher Tätigkeiten eingeschränkt.	Nein	gering	deutlich	sehr stark
Mein Zustand (oder) meine Behandlung stören mein Familienleben	Nein	gering	deutlich	sehr stark
Mein Zustand (oder) meine Behandlung behindern mich bei meinen gesellschaftlichen Aktivitäten	Nein	gering	deutlich	sehr stark
Mein Zustand bzw. die Behandlung verursachen mir finanz. Probleme	Nein	gering	deutlich	sehr stark
Meine Familie hilft und unterstützt mich bei Problemen	immer	gelegentlich	wenig	gar nicht

SEELISCHER ZUSTAND

Ich fühle mich angespannt und „aufgedreht“	nein	gelegentlich	häufig	fast immer
Ich kann mich an jenen Dingen, die mir früher Spaß machten, einfach nicht mehr erfreuen	nein	gelegentlich	häufig	fast immer
Ich habe Angst - als ob etwas Schreckliches bevorstehen würde.	nein	gelegentlich	häufig	fast immer
Ich kann nicht lachen und die Dinge von der lustigen Seite betrachten	nein	gelegentlich	häufig	fast immer
Quälende Gedanken gehen mir durch den Kopf	nein	gelegentlich	häufig	fast immer
Ich fühle mich freudlos	nein	gelegentlich	häufig	fast immer
Ich kann nicht ungezwungen sitzen und mich entspannt fühlen	nein	gelegentlich	häufig	fast immer
Ich fühle mich verlangsamt - träge - adynamisch	nein	gelegentlich	häufig	fast immer
Ich bekomme so ein beängstigendes Gefühl wie Kribbeln im Bauch	nein	gelegentlich	häufig	fast immer
Ich habe das Interesse für mein „Äußeres“ verloren	nein	zum Teil	größtenteils	fast immer
Innere Ruhelosigkeit , als wäre ich von etwas getrieben - Nervosität	nein	gelegentlich	häufig	fast immer
Ich kann mich einfach auf nichts freuen	nein	gelegentlich	häufig	fast immer
Ich habe Panikgefühle	nein	gelegentlich	häufig	fast immer
Ich kann mich an einem guten Buch, einer Radio- oder Fernsehsendung nicht mehr erfreuen	nein	gelegentlich	häufig	fast immer

WERTGEFÜHL - SINN

Ich finde, daß mein Leben Sinn hat	ja-immer	häufig	wenig	kein Sinn
Ich habe Ziele vor mir, die ich verwirklichen möchte	immer	häufig	wenig	keine
Ich habe das Gefühl etwas wert zu sein	ja	meistens	selten	nie
Meine Tätigkeit befriedigt mich	ja	meistens	selten	nie

Wie intensiv beurteilen Sie Ihre

PSYCHISCH SEELISCHEN BELASTUNGEN durch:

Familiäre bzw. Partnerschaftsprobleme	0	minimal	mäßig	stark	extrem
Berufliche Probleme	0	minimal	mäßig	stark	extrem
Sexuelle Probleme	0	minimal	mäßig	stark	extrem
Finanzielle Probleme	0	minimal	mäßig	stark	extrem
Psychische Belastung DURCH Ihre Erkrankung	0	minimal	mäßig	stark	extrem

Wie stark fühlen Sie sich derzeit durch folgende **GEFÜHLE** belastet?

Besorgnis - Kummer	0	minimal	mäßig	stark	extrem
Traurigkeit	0	minimal	mäßig	stark	extrem
Angst	0	minimal	mäßig	stark	extrem
Zorn - Aggressionen	0	minimal	mäßig	stark	extrem
Streß	0	minimal	mäßig	stark	extrem

VEGETATIVUM

Kälte verschlechtert meine Beschwerden	nein	minimal	mäßig	sehr
Sonnenbestrahlung verbessert	nein	gering	deutlich	sehr
Mir ist kalt	nein	leicht	häufig	immer
Ich nehme trotz Essen nicht zu	nein	minimal	mäßig	stark
Ich habe Herzklopfen	nein	leicht	mäßig	stark
Mir ist warm	nein	leicht	häufig	immer
Kälte verbessert meine Beschwerden	nein	minimal	mäßig	sehr
Sonnenbestrahlung verschlechtert	nein	gering	deutlich	sehr
Ich nehme sehr leicht zu	nein	minimal	mäßig	stark
Warmes Schwitzen am ganzen Körper	nein	leicht	mäßig	stark

ALLERGIEN Ich bin allergisch gegen:

Pollen ...	Nein	gering	mäßig	stark
Tierhaare ...	Nein	gering	mäßig	stark
Nahrungsmittel ...	Nein	gering	mäßig	stark
Medikamente ...	Nein	gering	mäßig	stark
Hausstaub	Nein	gering	mäßig	stark
Sonstiges ...	Nein	gering	mäßig	stark

INFEKTANFÄLLIGKEIT

Ich habe Husten	nein	1-2x/Jahr	3-4x/Jahr	öfter
Ich habe oft Fieber	nein	1-2x/Jahr	3-4x/Jahr	öfter

HARNAUSSCHIEDUNG

Schmerzen beim Harnlassen?	nein	selten	häufig	sehr oft
War der Harn schon einmal blutig ?	nein	selten	häufig	sehr oft
Bestehen Startschwierigkeiten beim Harnlassen?	nein	minimal	deutlich	stark
Verlieren Sie Harn?	nein	beim Husten	häufig	immer
Müssen Sie nachts zum Harnlassen aufstehen ?	nein	1x	2-3x	öfter

REGELBLUTUNG

Ist die Regelblutung unregelmäßig ?	nein	leicht	mäßig	sehr
Ist die Regelblutung schmerzhaft ?	nein	leicht	mäßig	stark
Dauert die Regelblutung?	3-5Tage	1-2 Tage	6-7Tage	länger
Blutung außerhalb der Regelblutung?	nein	selten	häufig	sehr oft
Ich habe Ausfluß	nein	minimal	mäßig	stark

SAISONALITÄT - In welchem Ausmaß verändern sich Ihre Beschwerden in Abhängigkeit von den Jahreszeiten?

Brauchen Sie zu bestimmten Jahreszeiten mehr Schlaf ?	Nein	gering	mäßig	deutlich	extrem
Sind Sie zu bestimmten Jahreszeiten weniger aktiv ?	Nein	gering	mäßig	deutlich	extrem
Ist Ihre Stimmung zu bestimmten Jahreszeiten schlechter ?	nein	gering	mäßig	deutlich	extrem
Nehmen Sie zu bestimmten Jahreszeiten an Gewicht zu?	Nein	gering	mäßig	deutlich	extrem
Haben Sie zu best. Jahreszeiten Appetit auf Süßes u. Mehlspeisen?	Nein	gering	mäßig	deutlich	extrem
Haben Sie zu bestimmten Jahreszeiten weniger Energie als sonst?	Nein	gering	mäßig	deutlich	extrem

SCHLAFMANGEL

Wieviele Tage in der Woche SCHLAFEN Sie zu wenig?	0	1	2	3	4 u. mehr
--	---	---	---	---	-----------

BEWEGUNG - FREIZEIT

Betreiben Sie Sport bzw. regelmäßig ausgleichende Bewegung wie Gymnastik?	5-7x/Wo	3-4x/Wo	1-2x/Wo	seltener	fast nie
Gehen Sie spazieren oder wandern ?	5-7x/Wo	3-4x/Wo	1-2x/Wo	seltener	fast nie
Haben Sie Zeit für Hobbys oder nebenberufliche Tätigkeiten, die Sie gerne ausüben?	5-7x/Wo	3-4x/Wo	1-2x/Wo	seltener	fast nie

LEBENSQUALITÄT

Wie würden Sie ganz global Ihre Lebensqualität beurteilen	ausgezeichnet	gut	mäßig	schlecht	sehr schlecht
--	---------------	-----	-------	----------	---------------

ERNÄHRUNG

Wie oft essen Sie im Verhältnis zu Ihrer körperlichen Tätigkeit zuwenig ?	0-3x/Mo	1x/Wo	2-3x/Wo	4-6x/Wo	täglich
Wie oft essen Sie im Verhältnis zu Ihrer körperlichen Tätigkeit zuviel ?	0-3x/Mo	1x/Wo	2-3x/Wo	4-6x/Wo	täglich
Wie häufig essen Sie Speisen mit Fleisch, Wurst oder Innereien ? (Rind, Kalb, Schwein, Geflügel, Wild)	0-1x/Wo	2x/Wo	3-4x/Wo	5-7x/Wo	2-3xtgl.
Wie häufig essen Sie Fisch ?	3x/Wo	2x/Wo	1x/Wo	1-2x/Mo	seltener
Trinken Sie ca. 1/4l Kuhmilch ?	0-4x/Wo	5-6x/Wo	1x/Tag	2x/Tag	öfter
Essen Sie Kuhmilchprodukte ? (Topfen, Joghurt, Käse..)	0-4x/Wo	5-6x/Wo	1-2x/Tag	3x/Tag	öfter
Verwenden Sie Streichfette ? (Butter, Margarine, Schmalz)	0-4x/Wo	5-6x/Wo	1-2x/Tag	3x/Tag	öfter
Verwenden Sie kaltgepresste Öle wie Leinöl, Distelöl, Kürbiskernöl usw.	3 Eßlöffel pro Tag	1-2 Eßlöffel pro Tag	1-2 Teelöffel pro Tag	gelegentlich	sehr selten
Essen Sie Gemüse ?	2-3xtgl.	1x/Tag	2-4x/Wo	1x/Wo	seltener
Essen Sie Gemüse zumeist	roh	roh und gedünstet	gedünstet	gekocht	Dosengemüse gekocht
Essen Sie frische Salate ?	2-3xtgl.	1x/Tag	2-4x/Wo	1x/Wo	seltener
Essen Sie frisches Obst ?	2-3xtgl.	1x/Tag	2-4x/Wo	1x/Wo	seltener
Essen Sie Getreidekeimlinge ?	1xtgl.	2-4x/Wo	1x/Wo	seltener	nie
Süßen Sie Tee, Kaffee und Getränke?	nie	sehr selten	ständig mit Honig	ständig mit Süßstoff	ständig mit Zucker
Trinken Sie Getränke wie Cola, Fanta, Cappy, Sprite usw.?	nie	1x/Wo	2-4x/Wo	5-7x/Wo	2-5xtgl.
Essen Sie Süßigkeiten ? (Schokolade, Keks, Zuckerl...)	0-1x/Wo	2x/Wo	3-4x/Wo	5-7x/Wo	2-3xtgl.
Essen Sie Mehlspeisen ?	0-1x/Wo	2x/Wo	3-4x/Wo	5-7x/Wo	2-3xtgl.
Welches Brot essen Sie zumeist?	selbstgeb. Vollkornbrot	gekauft Vollkornbrot	Vollkorn- und normales Brot abwechselnd	normales Schwarzbrot	Semmeln Weißbrot Toastbrot
Wieviele Stück Brot bzw. Semmeln essen Sie pro Tag?	0-1	2	3-4	5-6	7 und mehr
Welche Beilagen essen Sie zumeist?	Vollreis Hirse	Kartoffel	Vollkorn-Teigwaren	Teigwaren Knödel	Pommes frites
Verwenden Sie Nahrung aus Konserven ?	nie	1x/Wo	2-4x/Wo	5-7x/Wo	2-5xtgl.
Achten Sie beim Verzehr und Einkauf Ihrer Nahrung auf biologische Herkunft und biologisch dynamischen Anbau?	stets	bei den meisten Nahrungsmitteln	gelegentlich	sehr selten	nie

VERDAUUNGSLEISTUNG

Essen Sie in Ruhe ?	zu geregelten Zeiten in Ruhe	zu geregelten Zeiten aber wenig Ruhe	zu geregelt Zeiten aber unter Druck	zu geregelt Zeiten sehr hastig	zwischen durch und hastig
Kauen Sie Ihre Nahrung?	bewußt langsam u. jed.Bissen mind. 30 mal	bewußt langsam	schnell	sehr hastig =schlingen	fast gar nicht
Wie oft haben Sie Stuhlgang ?	2x/Tag	1x/Tag	jeden 2.Tag	jeden 2.-3.Tag	seltener
Häufiger Stuhlgang - Durchfall?	nein	2-3x/Tag	3x/Tag	4x/Tag	häufiger
Haben Sie Blähungen ?	nie	1-2x/Wo	3-6x/Wo	täglich	täglich mit Beschwerden
Beobachten Sie unverdaute Nahrungsreste im Stuhl?	nie	1x/Mo	1-4x/Mo	2-6x/Wo	täglich
Wie ist die Form des Stuhls ?	Eine dicke Wurst	zweigeteilt	wie ein Bleistift, große Knollen	zerrissen wie Schafskot	weiche Flade dünn breiig
Haben Sie Afterbrennen oder Afterjucken ?	nie	1x/Mo	ca.1x/Wo	2x/Wo	täglich

DARMPASSAGEZEIT: Essen Sie bitte zu Mittag ca.1 Suppenteller Spinat (Kinder 1/2). Messen Sie dann die Zeit, die vergeht (in Stunden) bis die Grünfärbung im Stuhl zu sehen ist.

Ergebnis:	Stunden
------------------	----------------

Beschreiben Sie genau, was Sie gestern gegessen und getrunken haben:

Frühstück:	
Jause:	
Mittagessen	
Jause:	
Abendessen	

GENUSSMITTELBELASTUNG

Wieviele Tassen Kaffee trinken Sie?	0-1/Wo	2-3/Wo	4-6/Wo	1-3/Tag	mehr/Tag
Wie oft trinken Sie 1/4l Wein oder 1/2l Bier oder ein hartes Getränk ?	0-1/Wo	2-3/Wo	4-6/Wo	1-2/Tag	mehr/Tag
Wieviele Zigaretten rauchen Sie?	0	1-3/Wo	4-6/Wo	1-5/Tag	mehr/Tag
Exraucher: Wieviele Zigaretten rauchten Sie?	0	1-3/Wo	4-6/Wo	1-5/Tag	mehr/Tag
Wie lange rauchen bzw. rauchten Sie?	0	1Jahr	2Jahre	3-5Jahre	mehr

BELASTUNG DURCH UMWELTFAKTOREN

Wie stark fühlen Sie sich durch die LUFTQUALITÄT in Ihrer Umgebung belastet?	0	minimal	mäßig	stark	extrem
Wie stark fühlen Sie sich durch LÄRM belastet?:	0	minimal	mäßig	stark	extrem
Beeinträchtigen Ihre ARBEITSBEDINGUNGEN und Ihr berufliches Umfeld Ihr körperliches Wohlbefinden?	0	minimal	mäßig	stark	extrem
Beeinträchtigen Ihre WOHNBEDINGUNGEN (Größe, Feuchtigt, Helligkeit, Geruch..) Ihr körperliches Wohlbefinden?	0	minimal	mäßig	stark	extrem
Wieviele Stunden befinden Sie sich in unmittelbarer Nähe eines BILDSCHIRMES oder einer Leuchtstoffröhre?	0-1	2-3	4-5	6-7	8-10
Wieviele Stunden pro Tag befinden Sie sich in Räumen mit künstlicher BELEUCHTUNG? - kein bzw. sehr wenig Sonnenlicht	0-2	3-5	6-8	9-11	12 und mehr
Wieviele Stunden pro Tag befinden Sie sich zw. 10 und 17 Uhr im Freien? (im Auto ist z.B. nicht im Freien)	2-9	1½-2	1-1½	½-1	0-½
Verwenden Sie bei Sonnenbestrahlung Sonnenschutz?	Immer	oft	selten	sehr selten	nie
Welche BAUSTOFFE wurden in Ihren Wohnräumen verwendet?: Spanplatten, Möbel aus Spanplatten, Kunstharzlacke u. -farben, Isolierschaum, Isolierwolle, Spannteppich, Kunststofftapeten. Wieviele haben Sie angekreuzt?	0	1	2	3	4 u. mehr
Haben Sie etwas frisch gestrichen, tapeziert oder Boden gelegt? Verwenden Sie ÄUSSERLICHE FREMDSTOFFE wie?: Körperspray, Deodorants, Kosmetika, Haarspray, Toilettenspray, Raumspray, Insektenspray, Intimspray, Pflanzenschutzmittel, Weichmacher, Glanzspülmittel,.. Wieviele haben Sie angekreuzt?	0-1	2-3	4-5	6-7	8-10

Welche **MEDIKAMENTE** bzw. **HEILMITTEL** oder **HEILMETHODEN** wenden Sie an oder nehmen Sie ein?:
Führen Sie alles an - auch Schmerzmittel, Schlafmittel, "Pille", Hausmittel usw.:.....

Wieviele Medikamente (ohne Naturheilmittel) nehmen Sie ein?	0	1	2	3	4 u. mehr
---	---	---	---	---	-----------

IMPFUNGEN Wogegen sind Sie **geimpft**? Zutreffendes bitte ankreuzen und **Datum** dazuschreiben

BCG (Tuberkulose) <input type="checkbox"/>	Diphtherie <input type="checkbox"/>	Tetanus <input type="checkbox"/>	Keuchhusten <input type="checkbox"/>	Pocken <input type="checkbox"/>	Röteln <input type="checkbox"/>	Masern <input type="checkbox"/>	Mumps <input type="checkbox"/>	Polio (Kinderlähmung) <input type="checkbox"/>	FSME (Zecken) <input type="checkbox"/>	Grippe <input type="checkbox"/>	Hepatitis A <input type="checkbox"/>	Hepatitis B <input type="checkbox"/>	Gelbfieber <input type="checkbox"/>	Cholera <input type="checkbox"/>	Tollwut <input type="checkbox"/>	Typhus-Paratyphus <input type="checkbox"/>	Hämophilus <input type="checkbox"/>	HPV <input type="checkbox"/>	Corona RNA <input type="checkbox"/>
--	-------------------------------------	----------------------------------	--------------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	--------------------------------	--	--	---------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	----------------------------------	----------------------------------	--	-------------------------------------	------------------------------	-------------------------------------	-------

Bei welcher Impfung hatten Sie eine verstärkte Impfreaktion? Markieren Sie dies mit einem Rufzeichen !!

KINDERKRANKHEITEN Welche Kinderkrankheiten hatten Sie? Zutreffendes bitte ankreuzen

Scharlach <input type="checkbox"/>	Diphtherie <input type="checkbox"/>	Mumps <input type="checkbox"/>	Masern <input type="checkbox"/>	Röteln <input type="checkbox"/>	Keuchhusten <input type="checkbox"/>	Schafblättern <input type="checkbox"/>
------------------------------------	-------------------------------------	--------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	--------------------------------------	--

FAMILIENERKRANKUNGEN Welche Erkrankungen haben oder hatten Eltern und Geschwister? Zutreffendes bitte ankreuzen

Asthma <input type="checkbox"/>	Tuberkulose <input type="checkbox"/>	Zuckerkrankh. <input type="checkbox"/>	Krebs <input type="checkbox"/>	Geschlechtskr. <input type="checkbox"/>	Fettsucht <input type="checkbox"/>	Gicht <input type="checkbox"/>	Bluter <input type="checkbox"/>	Nierenkr. <input type="checkbox"/>	Bluthochdruck <input type="checkbox"/>	Hautkr. <input type="checkbox"/>	Epilepsie <input type="checkbox"/>	Alkoholiker <input type="checkbox"/>	Steinleiden <input type="checkbox"/>	Geisteskr. <input type="checkbox"/>	Herzkr. <input type="checkbox"/>
---------------------------------	--------------------------------------	--	--------------------------------	---	------------------------------------	--------------------------------	---------------------------------	------------------------------------	--	----------------------------------	------------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	----------------------------------

SONSTIGES, was Sie erwähnen möchten?

SPEZIELLE FRAGEN:

Nur für Frauen nach Brustoperation: Ist die Funktionsfähigkeit Ihres Armes durch die Operation eingeschränkt ?	nicht	gering	mäßig	deutlich	extrem

FRÜHERE ERKRANKUNGEN: Schreiben Sie bitte zu den einzeln aufgeführten Körperteilen, alle im Laufe Ihres Lebens erfahrenen Krankheiten, Verletzungen, Operationen usw,- dazu **was und wann!**

Kopf-Gehirn: (Krampfanfälle? <input type="checkbox"/>)
Augen:
Ohren:
Nase:
Kiefer-Stirnhöhle:
Mund-Lippen-Zunge-Speicheldrüsen.:
Zähne-Kiefer: (wieviel Wurzelbehandlungen?.....)
Mandeln-Polypen-Hals (Angina? <input type="checkbox"/>)
Schilddrüse: (Kropf? <input type="checkbox"/>)
Lymphdrüsen:
Brüste-Rippen:
Lungen-Rippenfell:
Herz-Kreislauf-Blutdruck:
Magen-Speiseröhre:
Zwölffingerdarm-Dünndarm-Bruch:
Dick-Blinddarm-After:
Leber-Galle:
Bauchspeicheldr.-Milz: Zuckerkrank? <input type="checkbox"/>
Nieren-Harnblase-Harnröhre:
Wirbelsäule:
Gelenke:(Schulter,Knie,Hüfte..)
Arme-Hände:
Beine-Füße (Krampfadern? <input type="checkbox"/>)
Nerven: (Entzünd.Lähmungen? <input type="checkbox"/>)
Depressionen:
Haut-Haare-Nägel:
Prostata-Hoden_Penis: (Geschlechtskr.? <input type="checkbox"/>)
Eierstöcke-Eileiter-Scheide: (Geschlechtskr.? <input type="checkbox"/>)
Gebärmutter:
Geburten (wieviele?.....) Kaiserschnitt?.....Fehlgeburt (wieviele?.....) Schwangerschaftsabbruch.....
Blutkrankheiten: (Anämie? <input type="checkbox"/>)
Vergiftungen:
Sonstiges?: