

## Gesundheitscheck für die Frau

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Straße, Haus-Nr. \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Telefon / E-Mail \_\_\_\_\_

Liebe Patientin,

**Gratulation, dass Sie sich dafür entschieden haben, Ihre persönliche Gesundheitsvorsorge aktiv in Ihre Hände zu nehmen.**

Der **Gesundheitscheck für die Frau** dient der Erstellung Ihrer **persönlichen Gesundheitsrisiko-Analyse** und gibt Ihnen Aufschluss über Ihre individuellen Gesundheitsrisiken beziehungsweise die mit verursachenden Faktoren Ihrer Erkrankungen. Dieses ermöglicht uns, für Sie einen **individuellen Vorsorge- und Therapieplan** zu erstellen.

Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen sorgfältig und in Ruhe.

**Familienanamnese** – computergestützte Stammbaumanalyse zur Berechnung einer genetischen Disposition

**Geben Sie an, wer in Ihrer Familie in gerader Linie an welcher Erkrankung leidet:**

| Krankheiten  | Mutter                   | Vater                    | Bruder                   | Schwester                | Großm. mütterl.          | Großv. mütterl.          | Großm. väterl.           | Großv. väterl.           |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <b>Haut</b>  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
| Melanom (schwarzer Hautkrebs) und sonstige bösartige Neubildung der Haut | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Neurodermitis (atopisches [endogenes] Ekzem)                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Augen</b>   |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
| Grauer Star (Cataracta senilis)  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

|   |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Makuladegeneration des hinteren Poles (AMD) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|

| Krankheiten | Mutter | Vater | Bruder | Schwester | Großm.<br>mütterl. | Großv.<br>mütterl. | Großm.<br>väterl. | Großv.<br>väterl. |
|-------------|--------|-------|--------|-----------|--------------------|--------------------|-------------------|-------------------|
|-------------|--------|-------|--------|-----------|--------------------|--------------------|-------------------|-------------------|

### Hals-Nasen-Ohren

|  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Heuschnupfen durch Pollen (allergische Rhinopathie)                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Heuschnupfen, unklarer Ursache (allergische Rhinopathie, nicht näher bezeichnet) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

### Herz – Gefäße – Blutgerinnung

|   |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Angina pectoris (Brustschmerz wg. Durchblutungsstörung der Herzkranzgefäße) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Arterienverkalkung (Atherosklerose)   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Arterienverkalkung der Hirngefäße (zerebrale Atherosklerose)                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Bluthochdruck (essentielle [primäre] Hypertonie)                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Erkrankungen der Herzkranzgefäße (chronische ischämische Herzkrankheit)     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Herzinfarkt (akuter Myokardinfarkt)   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Vorhofflimmern  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

### Gehirn – Nerven – Psyche

|  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Alzheimer-Krankheit  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Angeborene Fehlbildungen des Rückenmarks (außer Spina bifida)  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Demenz (Störung der Hirnleistung)  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Depressive Episode   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hirnininfarkt (ischämischer – durch Blutleere bedingter Hirnininfarkt – circa 80 % aller Schlaganfälle sind ischämische Schlaganfälle) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Migräne  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Motoneuron-Krankheit (amyotrophische Lateralsklerose; Lou-Gehrig-Syndrom)  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

|  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Multiple Sklerose  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Primäres Parkinson-Syndrom                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Krankheiten</b>   | <b>Mutter</b>            | <b>Vater</b>             | <b>Bruder</b>            | <b>Schwester</b>         | <b>Großm. mütterl.</b>   | <b>Großv. mütterl.</b>   | <b>Großm. väterl.</b>    | <b>Großv. väterl.</b>    |
| Schlaganfall (Apoplex)                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Spina bifida (angeborene Fehlbildung, z.B. „offener Rücken“) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

### **Knochen – Gelenke – Muskulatur**

|   |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Chronische Polyarthritis (PCP; rheumatoide Arthritis) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Knochenerweichung (Osteomalazie) im Erwachsenenalter  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Knochenwachstumsstörung (floride Rachitis)            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Osteoporose (Knochenschwund)                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

### **Krebserkrankungen**

|   |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Brustkrebs (Mammakarzinom)                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Dickdarmkrebs (Kolonkarzinom)                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hautkrebs (bösartige Neubildung der Haut)     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Lungenkrebs (Bronchialkarzinom)               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Magenkrebs (Magenkarzinom)                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mastdarmkrebs (Rektumkarzinom)                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Plasmozytom [Multiples Myelom; Morbus Kahler] | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

### **Lungenerkrankungen**

|                   |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|-------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Asthma bronchiale | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|-------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|

### **Nieren – Harnblase – Geschlechtsorgane**

|  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Harnleitersteine (Nieren- und Ureterstein) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|

|                                |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Stein in den unteren Harnwegen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|

| Krankheiten | Mutter | Vater | Bruder | Schwester | Großm. mütterl. | Großv. mütterl. | Großm. väterl. | Großv. väterl. |
|-------------|--------|-------|--------|-----------|-----------------|-----------------|----------------|----------------|
|-------------|--------|-------|--------|-----------|-----------------|-----------------|----------------|----------------|

### Magen – Darm – Bauchspeicheldrüse

|   |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Gutartige Neubildung des Dickdarms (Kolon), des Mastdarms (Rektum), des Analkanals und des Anus | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Morbus Crohn (Enteritis regionalis)   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

### Übergewicht – Stoffwechselerkrankungen

|  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Adipositas (Übergewicht) - BMI (Körpermassenindex) $\geq 30$   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Diabetes mellitus, Typ II (nicht primär insulinabhängig)   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Erhöhung des LDL-Cholesterins (reine Hypercholesterinämie)   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Erhöhte Triglyzeride (reine Hypertriglyzeridämie)  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Gicht  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Harnsäurestoffwechselstörung (Hyperurikämie) ohne Zeichen von entzündlicher Gelenkentzündung (Arthritis) oder tophischer Gicht | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

### Weiteres

|             |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|-------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Allergie    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Immundefekt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## Ernährungsweise

|  |                          |
|--|--------------------------|
| Mischköstler   | <input type="checkbox"/> |
| Ovo-Vegetarier (essen Eier, aber keine Milch- und Milchprodukte)           | <input type="checkbox"/> |
| Lacto-Vegetarier (essen Milch- und Milchprodukte, aber keine Eier)         | <input type="checkbox"/> |
| Ovo-Lacto-Vegetarier (essen sowohl Milch- und Milchprodukte als auch Eier) | <input type="checkbox"/> |
| Veganer (ernähren sich rein pflanzlich)                                    | <input type="checkbox"/> |

## Alkoholkonsum

Kein Alkoholkonsum

| <b>Alkohol</b>             | <b>Anzahl</b><br>(in der letzten Woche) |
|----------------------------|---|
| Bier (0,3 l)               |   |
| Weißwein (0,2 l)           |   |
| Rotwein (0,2 l)            |   |
| Spirituosen (Schnaps etc.) |   |
| Sekt / Cocktail (0,2 l)    |   |

## Tabakkonsum

|   |                          |
|---|--------------------------|
| Nichtraucher  | <input type="checkbox"/> |
| Nichtraucher seit x Jahren (bitte hier die Jahre angeben) |                          |
| Passivraucher   | <input type="checkbox"/> |

**Zigaretten****Anzahl pro Tag**

|           |                          |
|-----------|--------------------------|
| Bis 10    | <input type="checkbox"/> |
| 11 - 20   | <input type="checkbox"/> |
| 21 - 35   | <input type="checkbox"/> |
| Über 35   | <input type="checkbox"/> |
| Zigarren  | <input type="checkbox"/> |
| Zigarillo | <input type="checkbox"/> |
| Pfeife    | <input type="checkbox"/> |

**Koffeingenuss**

| <b>Koffeingenuss</b>     | <b>Anzahl pro Tag (Tassen / Gläser)</b> |
|--------------------------|---|
| Kaffee (125 ml)          |   |
| Espresso (50 ml)         |   |
| Cappuccino (125 ml)      |   |
| Latte macchiato (225 ml) |   |
| Grüner Tee (125 ml)      |   |
| Schwarzer Tee (125 ml)   |   |
| Cola Getränke (300 ml)   |   |
| Energy Drinks (250 ml)   |   |

## Berufliche Aktivität

|   |                          |
|---|--------------------------|
| <b>Keine körperliche Aktivität</b><br>– Bettruhe  | <input type="checkbox"/> |
| <b>Leichte körperliche Aktivität</b><br>– Überwiegend sitzende Tätigkeit wie Büro-/ Schreibtischarbeiten, Laborarbeit, PKW-Fahrer, leichte Fließbandarbeit, Lehrer, Student, Schüler, Wissenschaftler; Haushaltsführung bis zu 3 Personen | <input type="checkbox"/> |
| <b>Mittelschwere körperliche Aktivität</b><br>– Autoschlosser, Verkäufer, Anstreicher, vorwiegend Stehberufe  | <input type="checkbox"/> |
| <b>Schwere körperliche Aktivität</b><br>– Landwirtschaftliche Tätigkeit, Masseur, schwere Handwerksberufe   | <input type="checkbox"/> |
| <b>Schwerste körperliche Aktivität</b><br>– Waldarbeiter, Steinarbeiter, Stahlarbeiter, Hochofenarbeiter etc.   | <input type="checkbox"/> |
| Schicht- / Wechseldienst  | <input type="checkbox"/> |
| Nachtdienst   | <input type="checkbox"/> |
| Zur Zeit arbeitslos   | <input type="checkbox"/> |

## Sportliche Aktivität

|                              |                          |
|------------------------------|--------------------------|
| Keine sportliche Aktivitäten | <input type="checkbox"/> |
|------------------------------|--------------------------|

## Sie bezeichnen sich selbst als

|   |                          |
|---|--------------------------|
| Freizeit-, Breiten- und Gesundheitssportlerin   | <input type="checkbox"/> |
| Leistungssportlerin (Hinweis! Eine Leistungssportlerin trainiert mindestens 3-mal pro Woche, jeweils 90 Minuten und hat einen zusätzlichen wöchentlichen Kalorienverbrauch von wenigstens 2000 kcal.) | <input type="checkbox"/> |

Notieren Sie im Folgenden die Sportart sowie Trainingshäufigkeit und -dauer pro Woche.

| Sportart        | Hauptsportart | Wochentag/e        | Uhrzeit – von - bis          |
|-----------------|---------------|--------------------|------------------------------|
| <b>Beispiel</b> |               |                    |                              |
| Nordic Walking  | x             | Montag, Donnerstag | 17.00 - 17.45, 18.30 - 19.00 |
| Schwimmen       |               | Sonntag            | 09.00 - 09.30                |
|                 |               |                    |                              |
|                 |               |                    |                              |
|                 |               |                    |                              |
|                 |               |                    |                              |

### Zyklus-Anamnese

|  |  |
|--|--|
| Erste Regelblutung (Lebensalter in Jahren) |  |
| Letzte Regelblutung (TT.MM.JJJJ)           |  |
| Zykluslänge* (Beispiel: 28 bis 30 Tage)    |  |

\* Die Zykluslänge ist der Abstand in Tagen, zählend vom ersten Tag (Beginn) einer Regelblutung bis zum Ende des Zyklus, das heißt, bis einschließlich des letzten Tages vor Beginn einer neuen Regelblutung.

### Schwangerschafts-Anamnese

|   |   |
|---|---|
| Nicht schwanger – ohne Kinderwunsch                       | <input type="checkbox"/>                                  |
| Nicht schwanger – mit Kinderwunsch < 1 Jahr               | <input type="checkbox"/>                                  |
| Nicht schwanger – mit Kinderwunsch seit mindestens 1 Jahr | <input type="checkbox"/>                                  |
| <b>Derzeit bestehende Schwangerschaft</b>                 | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> |



| <b>Frühere Schwangerschaften</b>                             | <b>1. Schwangerschaft</b> | <b>2. Schwangerschaft</b> | <b>3. Schwangerschaft</b> | <b>4. Schwangerschaft</b> |
|--|---------------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|
| Geburtsjahr  |                           |                           |                           |                           |
| Geburt zum Termin  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  |
| Geburt 2 Wochen nach Termin                                  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  |
| Frühgeburt – bis 37. Schwangerschaftswoche                   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  |
| Geburtsgewicht   | _____ g                   | _____ g                   | _____ g                   | _____ g                   |
| Nicht gestillt   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  |
| Gestillt – weniger als 6 Wochen                              | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  |
| Gestillt – 6 Wochen und mehr                                 | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  |
| Fehlgeburt bis 16. Schwangerschaftswoche (Frühabort)         | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  |
| Fehlgeburt von 17. bis 28. Schwangerschaftswoche (Spätabort) | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  |
| Totgeburt – ab 29. Schwangerschaftswoche                     | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  |
| Schwangerschaftsabbruch                                      | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  |

| <b>Weitere Schwangerschaften</b> |  |  |  |  |
|----------------------------------|--|--|--|--|
|                                  |  |  |  |  |
|                                  |  |  |  |  |
|                                  |  |  |  |  |

## Empfängnisverhütung

|  |                          |
|--|--------------------------|
| Keine – ohne Wunsch nach Empfängnisverhütung | <input type="checkbox"/> |
| Keine – mit Wunsch nach Empfängnisverhütung  | <input type="checkbox"/> |
| Keine – wegen Kinderwunsch                   | <input type="checkbox"/> |
| Empfängnisverhütung                          | <input type="checkbox"/> |

Falls Sie eine Empfängnisverhütung durchführen, geben Sie diese bitte nachfolgend an:

|   |                          |
|---|--------------------------|
| Ovulationshemmer – Kombinationspräparat                     | <input type="checkbox"/> |
| Ovulationshemmer – Sequenzpräparat z. B. Zweiphasenpräparat | <input type="checkbox"/> |
| Ovulationshemmer – antiandrogene Wirkung                    | <input type="checkbox"/> |
| Depotpräparat – Gestagen                                    | <input type="checkbox"/> |
| Minipille – Gestagen  | <input type="checkbox"/> |
| Intrauterinpessar – Spirale mit Hormon                      | <input type="checkbox"/> |
| Intrauterinpessar – Spirale ohne Hormon                     | <input type="checkbox"/> |
| Kondom  | <input type="checkbox"/> |
| Lokal-chemische Mittel – Spermizide                         | <input type="checkbox"/> |
| Scheidendiaphragma  | <input type="checkbox"/> |

## Krankheiten

Welche Erkrankungen hatten / haben Sie? Notieren Sie hier Krankheit und Zeitpunkt.

Beispiel: Bluthochdruck, seit 1995

---

---

---

---

## Operationen

| Art der Operation                 | Jahr | Monat | Grund der Operation |
|-----------------------------------|------|-------|---------------------|
| Entfernung der Gebärmutter        |      |       |                     |
| Entfernung des Eierstocks, links  |      |       |                     |
| Entfernung des Eierstocks, rechts |      |       |                     |
| Entfernung beider Eierstöcke      |      |       |                     |
|                                   |      |       |                     |
|                                   |      |       |                     |
|                                   |      |       |                     |
|                                   |      |       |                     |

## Dauermedikation

Nehmen Sie dauerhaft Medikamente ein? Wenn ja, welche und wie oft?

Beispiel: L-Thyroxin, 50 µg, 1 x tägl.

| Name des Medikamentes | Dosierung | Therapiebeginn |
|-----------------------|-----------|----------------|
|                       |           |                |
|                       |           |                |
|                       |           |                |
|                       |           |                |
|                       |           |                |
|                       |           |                |
|                       |           |                |

## Körpermaße

|                    |  |                    |  |                    |  |
|--------------------|--|--------------------|--|--------------------|--|
| Körpergröße (cm)   |  | Körpergewicht (kg) |  | Wunschgewicht (kg) |  |
| Taillenumfang (cm) |  | Hüftumfang (cm)    |  |                    |  |

### Wie misst man den Umfang der Taille beziehungsweise Hüfte korrekt?

Messen Sie bitte den **Taillenumfang** mit einem Maßband in der Mitte zwischen dem unteren Rippenbogen und der Hüfte (oberhalb des Bauchnabels).

Messen Sie bitte den **Hüftumfang** am Ende des Oberschenkelknochens am breitesten Punkt der Hüfte.

Achten Sie bitte stets darauf, dass das Maßband waagrecht gehalten wird.

## Beschwerden / Symptome

| Bezeichnung  | Nie                      | Selten*                  | Manchmal*                | Häufig*                  | Ständig*                 | Kreuzen Sie an, wenn diese Beschwerde zyklusabhängig ist |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--|
| <b>Haut</b>  |                          |                          |                          |                          |                          |  |
| Blässe   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |
| Gelbsucht  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |
| Ich habe das Gefühl, Wasser einzulagern**                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                                 |
| Kleinflächige, fleckenförmige Blutung der Haut (spontane Ekchymosen) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |
| Krankhaftes Schwitzen (Hyperhidrose)                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |

### Legende

\* Selten = weniger als 1-mal die Woche, 5 - 10% der Zeit; Manchmal = 1 - 2-mal pro Woche, 15 - 25 % der Zeit; Häufig = etwa jeden 2. Tag, 35 - 65 % der Zeit; Ständig = nahezu täglich, 70 - 100 % der Zeit

\*\* Hinweis für die Assistentin: Diese Frage finden Sie in der EUSANA Software im Protokoll des Checks unter Diagnostik II, Thema „Beschwerden / Symptome“

| Bezeichnung | Nie | Selten* | Manchmal* | Häufig* | Ständig* | Kreuzen Sie an, wenn diese Beschwerde zyklusabhängig ist |
|-------------|-----|---------|-----------|---------|----------|--|
|-------------|-----|---------|-----------|---------|----------|--|

### Haut

|                             |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|-----------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Ödem                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |
| Unreine Haut**              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Veränderung des Hautreliefs | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |

### Herz – Gefäße – Blutgerinnung

|   |                          |                          |                          |                          |                          |  |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--|
| Herzaktionen wie Herzklopfen, Herzrasen etc., die Sie selbst wahrnehmen (Palpitationen) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |
| Tachykardie (mehr als 100 Herzschläge/Minute)   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |

### Gehirn – Nerven – Psyche

|   |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Abnorme Reflexe   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |
| Anorexie (Magersucht)   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |
| Anspannung (nervlich und körperlich)**  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ausbleiben der erwarteten normalen physiologischen Entwicklung                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |
| Demoralisierung und Apathie (Teilnahmslosigkeit)                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |
| Depression, Hoffnungslosigkeit, Niedergeschlagenheit oder Traurigkeit**       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Durchschlafstörungen (Durchschlafphase kürzer als 4 Stunden und 30 Minuten)** | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Einschlafstörungen (Einschlafphase länger als 30 Minuten)**                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Erhöhtes Schlafbedürfnis; ich bin tagsüber oft müde**                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Fehlen des Geruchssinns (Anosmie)   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |

### Legende

\* Selten = weniger als 1-mal die Woche, 5 - 10% der Zeit; Manchmal = 1 - 2-mal pro Woche, 15 - 25 % der Zeit; Häufig = etwa jeden 2. Tag, 35 - 65 % der Zeit; Ständig = nahezu täglich, 70 - 100 % der Zeit

\*\* Hinweis für die Assistentin: Diese Frage finden Sie in der EUSANA Software in dem Protokoll des Checks in Diagnostik II unter dem Thema „Beschwerden / Symptome“

| Bezeichnung | Nie | Selten* | Manchmal* | Häufig* | Ständig* | Kreuzen Sie an, wenn diese Beschwerde zyklusabhängig ist |
|-------------|-----|---------|-----------|---------|----------|--|
|-------------|-----|---------|-----------|---------|----------|--|

### Gehirn – Nerven – Psyche

|  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Gedächtnisstörung für zeitliche und inhaltliche Erinnerungen (Amnesie)                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |
| Halluzinationen  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |
| Ich habe das Gefühl, den Höhepunkt des Lebens überschritten zu haben.**                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Koordinationsstörungen   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |
| Kopfschmerz**  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kribbeln, Taub- und Pelzigsein der Haut, Taubheit etc. (Parästhesie der Haut)                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |
| Migräneanfälle**   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Orientierungsstörung   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |
| Reizbar, zornig und schlecht gelaunt**   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Schwindel und Taumel   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |
| Seemannsgang, eine Form der Gehstörung (ataktischer Gang)                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |
| Störung der Bewegungskoordination; Unfähigkeit gerade zu sitzen bzw. zu stehen (Ataxie)        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |
| Störungen des Geruchs- und Geschmackssinnes  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |
| Übererregbarkeit von Nerven und Muskeln; anfallsartige Verkrampfungen der Muskulatur (Tetanie) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |
| Unwohlsein und Ermüdung  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |
| Zittern (Tremor)   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |

### Knochen – Gelenke – Muskulatur

|                                    |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Krämpfe und Spasmen der Muskulatur | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |
| Rückenschmerzen**                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

#### Legende

\* Selten = weniger als 1-mal die Woche, 5 - 10% der Zeit; Manchmal = 1 - 2-mal pro Woche, 15 - 25 % der Zeit; Häufig = etwa jeden 2. Tag, 35 - 65 % der Zeit; Ständig = nahezu täglich, 70 - 100 % der Zeit

\*\* Hinweis für die Assistentin: Diese Frage finden Sie in der EUSANA Software im Protokoll des Checks unter Diagnostik II, Thema „Beschwerden / Symptome“

| Bezeichnung | Nie | Selten* | Manchmal* | Häufig* | Ständig* | Kreuzen Sie an, wenn diese Beschwerde zyklusabhängig ist |
|-------------|-----|---------|-----------|---------|----------|--|
|-------------|-----|---------|-----------|---------|----------|--|

### Lungenerkrankungen

|                   |                          |                          |                          |                          |                          |  |
|-------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--|
| Atemnot (Dyspnoe) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |
|-------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--|

### Nieren – Harnblase – Geschlechtsorgane

|   |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Empfindliche Brustwarzen**                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Krankhaft erhöhte Urinausscheidung (Polyurie) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |
| Spannungsgefühl in den Brüsten**              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

### Magen – Darm – Bauchspeicheldrüse

|  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Bauchschmerzen   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |
| Bauchwassersucht (Aszites)   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |
| Blähungen (Flatulenz) und verwandte Zustände**   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Durchfall (Diarrhoe) und Magendarmentzündung (Gastroenteritis, vermutlich infektiösen Ursprungs) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |
| Ich leide unter einem geblähten Leib**   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Schluckstörung (Dysphagie)   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |
| Sodbrennen   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |
| Spannungsgefühl im Unterbauch**  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Übelkeit und Erbrechen   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |
| Völlegefühl**  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

#### Legende

\* Selten = weniger als 1-mal die Woche, 5 - 10% der Zeit; Manchmal = 1 - 2-mal pro Woche, 15 - 25 % der Zeit; Häufig = etwa jeden 2. Tag, 35 - 65 % der Zeit; Ständig = nahezu täglich, 70 - 100 % der Zeit

\*\* Hinweis für die Assistentin: Diese Frage finden Sie in der EUSANA Software im Protokoll des Checks unter Diagnostik II, Thema „Beschwerden / Symptome“

| Bezeichnung | Nie | Selten* | Manchmal* | Häufig* | Ständig* | Kreuzen Sie an, wenn diese Beschwerde zyklusabhängig ist |
|-------------|-----|---------|-----------|---------|----------|--|
|-------------|-----|---------|-----------|---------|----------|--|

**Übergewicht – Stoffwechselerkrankungen**

|  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Abnorme Gewichtsabnahme                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |
| Gewichtszunahme vor der Menstruation** | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Sonstiges**

|   |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Auszehrung; starke Abmagerung (Kachexie)                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |
| Blutung, andernorts nicht klassifiziert                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |
| Fieber unbekannter Ursache                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |
| Weniger Freude an Dingen, die mir normalerweise Spaß machen** | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Weitere Beschwerden**

|  |                          |                          |                          |                          |                          |  |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--|
|  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |
|  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |
|  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |

**Legende**

\* Selten = weniger als 1-mal die Woche, 5 - 10% der Zeit; Manchmal = 1 - 2-mal pro Woche, 15 - 25 % der Zeit; Häufig = etwa jeden 2. Tag, 35 - 65 % der Zeit; Ständig = nahezu täglich, 70 - 100 % der Zeit

\*\* Hinweis für die Assistentin: Diese Frage finden Sie in der EUSANA Software im Protokoll des Checks unter Diagnostik II, Thema „Beschwerden / Symptome“

**Bitte übergeben Sie den ausgefüllten Fragebogen bei Ihrem Praxisbesuch den Damen an der Rezeption.**

**Wir danken Ihnen für Ihre Unterstützung.**

**Das Praxisteam**