

Vitalstoff-Analyse für den Mann

Name _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____

Straße, Haus-Nr. _____

PLZ, Ort _____

Telefon / E-Mail _____

Lieber Patient,

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

Die **Vitalstoff-Analyse für den Mann** ermittelt Ihren **individuellen Vitalstoff-Mehrbedarf**. Persönliche Belastungen wie **Stress, Umwelteinflüsse, einseitige und unregelmäßige Ernährung**, Krankheiten, Dauermedikamenteneinnahme etc. haben häufig eine unzureichende Vitalstoff-Zufuhr und einen **individuellen Vitalstoff-Mehrbedarf** zur Folge.

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.
-------------	--------	-------	--------	-----------	--------------------	--------------------	-------------------	-------------------

Haut

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"/>

Krankheiten	Mutter	Vater	Bruder	Schwester	Großm. mütterl.	Großv. mütterl.	Großm. väterl.	Großv. väterl.
Augen								
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"/>
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"/>
Hirnfarkt (ischämischer – durch Blutleere bedingter Hirnfarkt – 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"/>

Krankheiten	Mutter	Vater	Bruder	Schwester	Großm. mütterl.	Großv. mütterl.	Großm. väterl.	Großv. väterl.
Migräne								
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"/>
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 Polyarthrit (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

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"/>
Prostatakrebs (Prostatakarzinom)	<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"/>
-------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Krankheiten	Mutter	Vater	Bruder	Schwester	Großm. mütterl.	Großv. mütterl.	Großm. väterl.	Großv. väterl.
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"/>
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) ≥ 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"/>
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"/>
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"/>
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

Alkohol	Anzahl (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

Koffeingenuss	Anzahl pro Tag (Tassen / Gläser)
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

Keine körperliche Aktivität – Bettruhe	<input type="checkbox"/>
Leichte körperliche Aktivität – Überwiegend sitzende Tätigkeit wie Büro-/ Schreibtischarbeiten, Laborarbeit, PKW-Fahrer, leichte Fließbandarbeit, Lehrer, Student, Schüler, Wissenschaftler; Haushaltsführung bis zu 3 Personen	<input type="checkbox"/>
Mittelschwere körperliche Aktivität – Autoschlosser, Verkäufer, Anstreicher, vorwiegend Stehberufe	<input type="checkbox"/>
Schwere körperliche Aktivität – Landwirtschaftliche Tätigkeit, Masseur, schwere Handwerksberufe	<input type="checkbox"/>
Schwerste körperliche Aktivität – 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 sportlichen Aktivitäten	<input type="checkbox"/>
-------------------------------	--------------------------

Sie bezeichnen sich selbst als

Freizeit-, Breiten- und Gesundheitssportler	<input type="checkbox"/>
Leistungssportler (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
Beispiel			
Nordic Walking	x	Montag, Donnerstag	17.00 - 17.45, 18.30 - 19.00
Schwimmen		Sonntag	09.00 - 09.30

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
Totale Prostatektomie (Prostataentfernung, komplett)			
Subtotale Prostatektomie (Prostataentfernung, zum Teil)			
TUR (Transurethrale Resektion) (Prostataentfernung, durch die Harnröhre)			
Semikastration, links (Hodenentfernung, links)			

Semikastration, rechts (Hodenentfernung, rechts)			
Kastratio (Hodenentfernung, beidseits)			
Sterilisation (Unfruchtbarkeitsmachung durch Verschluss oder Entfernung der Samenleiter)			

Dauermedikation

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

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

Name des Medikaments	Dosierung	Therapiebeginn

Körpermaße

Körpergröße (cm)		Körpergewicht (kg)	
------------------	--	--------------------	--

Beschwerden / Symptome

Bezeichnung	Nie	Selten*	Manchmal*	Häufig*	Ständig*
Haut					
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"/>
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"/>
Ödem	<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"/>
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"/>
Durchschlafstörungen (Durchschlafphase kürzer als 4 Stunden und 30 Minuten)**	<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"/>
Fehlen des Geruchssinns (Anosmie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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"/>
Koordinationsstörungen	<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*
Gehirn – Nerven – Psyche					
Kopfschmerz	<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"/>
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"/>
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"/>

Lungenerkrankungen

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

Nieren – Harnblase – Geschlechtsorgane

Krankhaft erhöhte Urinausscheidung (Polyurie)	<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*
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"/>
Durchfall (Diarrhoe) und Magendarmentzündung (Gastroenteritis, vermutlich infektiösen Ursprungs)	<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"/>
Übelkeit und Erbrechen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sexualität					
Erektions- bzw. Potenzprobleme**	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Übergewicht – Stoffwechselerkrankungen					
Abnorme Gewichtsabnahme	<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"/>

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*
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

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

Wir danken Ihnen für Ihre Unterstützung.

Das Praxisteam