

Fragebogen : Gesundheitszustand

Dieser Fragebogen verhilft Zeit in der ersten Beratungssitzung zu gewinnen und bleibt anonym.

Bitte ankreuzen , und, **wenn nötig, bitte zusätzliche Informationen hinzufügen.**

Haben Sie einer der folgenden Gesundheitsprobleme ? JA Ich weiss nicht

Kardiologie :

-Arterien

Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arteritis (Arterienentzündung (schwer zu laufen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzrhythmusstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

-Venen :

schwache Venen (Insuffizienz)		
Krampfadern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wassereinlagerung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brennen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Phlebitis, Paraphlebitis (Venentzündung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
schwere Beine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Venen Ulcerus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hemorroiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

-Herz :

Anemie (hypochrome)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
infectieuse Mononucleose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzschwäche (Insuffizienz)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arteriosklerose (Verkalkung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Post-infarctus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
altes, müdes Herz (ältere Menschen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

KOMMENTARE :

Metabolische Erkrankungen :

Diabetes nicht Insulin abhängig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes Insulin abhängig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hypoglykämie (Blutzuckerschwankungen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cholesterol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Triglyzeride	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hyperurikämie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Übergewicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

KOMMENTARE :

Dermatologie :

Eczem :

trocken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
offen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
entzündet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
infiziert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Psoriasis

trocken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
offen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Acne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Urtikaren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herpes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Warzen		
Hände/Füße	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ein Punkt in der Mitte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mykosen (Pilz an der Hände, Haut, Füße)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Furunkeln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
brechbare Nägel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haarausfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Risse (Hände, Füße)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

KOMMENTARE :

Atmungsapparat :

Rhino-pharyngitis als Kind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Husten		
schleimreich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
trocken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hartnäckig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
schmerzhaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
chronische Sinusitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
chronische Bronchitis oder nur ab und zu		
schleimreich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
trocken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asthma mit Emphysem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Emphysem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lungensklerose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

KOMMENTARE :

Allergien :

Heuschnupfen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
atopisches Ekzem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nahrungsmittel Allergie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reinigungsprodukten Allergie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Staub Allergie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

KOMMENTARE :

Endokrinologie :

Schilddrüse :		
Hyperthyroide (zu aktiv)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kropf euthyroide (Hypothyroide : nicht genug aktiv)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

KOMMENTARE :

Urologischessystem

Niereninsuffizienz (eingeschränkte Fähigkeit der Nieren, harnpflichtige Substanzen auzuscheiden)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nieren-/Blasenentzündung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nierensteine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Siehe « Hormonsystem »		

KOMMENTARE :

Hormonsystem

-Bei der Frau : Ovarien

Amenorrhoe (Ausbleiben der Menstruation)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dysmenorrhoe (Premenstruelles Syndrom)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Probleme der (pre-)Menopause	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hitzewallungen		
stark	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
schwach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlafstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wassereinlagerung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
unausgeglichenes Gemüt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
anderes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leukorrhoe (Weissausfluss)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fibrome	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gebärmutter oder Brustkrebs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mangel an Lustgeföhle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

-Beim Mann :

Prostata-Knoten		
« gutartig »	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
« bösartig »	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prostatite (Entzündung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dysurie (schwer Wasser zulassen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pollakiurie (Verlangen nach häufigem Wasserlassen in der Nacht)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mangel an Lustgeföhle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

KOMMENTARE :

Verdauungsapparat :

-Mund

Parodontose (blutendes Zahnfleisch)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schmerzhafte Zähne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herpes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blase	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

-Magen

Gastritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sodbrennen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Magen Ulcerus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Duodenum Ulcerus (Darm)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

-Leber

Cholesterol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
chronische Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

-Gallenblase	Gicht (Schmerz an den Zehen besonders während der Nacht)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Gallensteine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Pankreas (exokriner)	chronische Pankreatitis (Entzündung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	andere Unannehmlichkeiten		
	Gas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Blähungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Darm	Übelkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Koliken, Spasmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Morbus Crohn (chronische Darmentzündung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Verstopfung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Durchfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Durchfall besonders nach Antibiotika	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Abwechslung zw. Verstopfung und Durchfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Mykose (Pilz)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

KOMMENTARE :

Rheumatologie und der Knochen

Arthrose			
	Coxarthrose (Hüfte)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Gonarthrose (Arme, Beine)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Arthrose der Hände, Füße	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
endzündliche Rheuma			
	Polyarthritits	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sehnenentzündung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Gicht (trop d'acide urique = Schmerz besonders während der Nacht)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Osteoporose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Rachitis (Kalziummangel bei Kinder)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	existierende Knochenbrüche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

KOMMENTARE :

Nervensystem :

Schlafprobleme			
	schwer einzuschlafen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	schwer durchzuschlafen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Aufwachen zwischen 2 und 4 Uhr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Spasmophilie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Migräne wegen :			
	Verdauung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Stress	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	anderes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Kopfweg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Schwindel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Gefühl eines « leichten Kopfes »	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Gesichtsschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

depressiver Zustand	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hyperaktiver Zustand	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
psychologische Erschöpfung (und physische)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
emotionnel sensibel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angstzustand	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bipolare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schizophrenie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alzheimer (starke Demenz, starker Gedächtnisverlust)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anorexie (wenig oder sogar selten essen und häufiges Denken an das Essen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Boulimie (sehr viel essen bis zum Punkt des Übergebens und häufiges Denken an das Essen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

KOMMENTARE :

Zusätzliches:

Geschwür (gutartig oder bösartig): beschreiben _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Müdigkeit		
allgemeine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
wegen Infektion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erschöpfung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erkältung (wie oft pro Jahr ? _____)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grippe (wie oft pro Jahr ? _____)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angina (wie oft pro Jahr ? _____)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
schmerzhafte Muskeln beschreiben _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fibromyalgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gedächtnisverlust	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwierigkeiten während Schwangerschaft beschreiben _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Zusätzliche nicht obengenannte Erkrankungen (leserlich schreiben, in Druckschrift):

Operationen (bitte erklären und leserlich schreiben) :

Medikamente (benennen UND für welche Gesundheitsprobleme sie genommen werden):