

Gesundheits-Check für die Frau

Liebe Patientin,

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

Damit wir gemeinsam für Sie die optimale Therapie finden, ist es von entscheidender Bedeutung, dass Sie die nachfolgenden Fragen sorgfältig und in Ruhe beantworten.

Familienanamnese - computergestützte Stammbaumdiagnostik zur Berechnung einer genetischen Disposition

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

Haut

Atopisches [endogenes] Ekzem (Neurodermitis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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"/>

Augen

Cataracta senilis (grauer Star)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Degeneration der Makula und 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

Allergische Rhinopathie durch Pollen (Heuschnupfen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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

Akuter Myokardinfarkt (Herzinfarkt)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angina pectoris (Brustschmerz wgn. 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"/>
Atherosklerose (Arterienverkalkung)	<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.
Chronische ischämische Herzkrankheit (Erkrankungen 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"/>
Essentielle (primäre) Hypertonie (Bluthochdruck)	<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"/>
Zerebrale Atherosklerose (Arterienverkalkung der Gehirngefäße)	<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"/>
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"/>
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 [Encephalomyelitis disseminata]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nicht näher bezeichnete 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"/>
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, nicht als Blutung oder nicht Infarkt 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"/>
Sonstige angeborene Fehlbildungen des Rückenmarks	<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

Floride Rachitis (Knochenwachstumsstörung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Osteomalazie (Knochenerweichung) 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"/>
Osteoporose (Knochenschwund), 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"/>
Rheumatoide Arthritis (primär-chronische Polyarthritis; PCP)	<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.
-------------	--------	-------	--------	-----------	--------------------	--------------------	-------------------	-------------------

Krebserkrankungen

Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bösartige Neubildung der Haut, 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"/>
Bösartige Neubildung des Kolons (Dickdarm)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bösartige Neubildung des Magens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bösartige Neubildung des Rektums (Mastdarm)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bösartige Neubildung der Brustdrüse (Mamma)	<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

Nieren- und Ureterstein (Harnleitersteine)	<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

Crohn-Krankheit [Enteritis regionalis; Morbus Crohn]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gutartige Neubildung des Kolons (Dickdarms), des Rektums (Mastdarms), 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"/>

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

Übergewicht - Stoffwechselerkrankungen

Adipositas (Übergewicht) - BMI ≥ 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"/>
Gicht, 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"/>
Hyperurikämie (Harnsäurestoffwechselstörung) ohne Zeichen von entzündlicher Arthritis (Gelenkentzündung) 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"/>
Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reine Hypercholesterinämie (erhöhtes Cholesterin im Blut)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reine Hypertriglyzeridämie (erhöhte Triglyzeride im Blut)	<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, 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"/>
Immundefekt, 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"/>

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)	
Cappuccino (125 ml)	
Espresso (50 ml)	
Grüner Tee (125 ml)	
Schwarzer Tee (125 ml)	
Cola Getränke (300 ml)	
Energy Drinks (250 ml)	

Berufliche Aktivität

Keine körperliche Aktivität	<input type="checkbox"/>
Leichte körperliche Aktivität	<input type="checkbox"/>
Mittelschwere körperliche Aktivität	<input type="checkbox"/>
Schwere körperliche Aktivität	<input type="checkbox"/>
Schwerste körperliche Aktivität	<input type="checkbox"/>
Schicht- / Wechseldienst	<input type="checkbox"/>
Nachtdienst	<input type="checkbox"/>
Zur Zeit arbeitslos	<input type="checkbox"/>

Sportliche Aktivität

Keine sportliche Aktivität	<input type="checkbox"/>
----------------------------	--------------------------

Sie bezeichnen sich selbst als

Freizeit-, Breiten- und Gesundheitssportlerin	<input type="checkbox"/>
Leistungssportlerin	<input type="checkbox"/>
Hochleistungssportlerin	<input type="checkbox"/>

Notieren Sie im Folgenden die Sportdisziplin und Trainingshäufigkeit sowie – Dauer pro Woche.

Beispiel: Nordic Walken, 3 x eine dreiviertel Stunde

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			

Zyklus-Anamnese

Erste Regelblutung (Lebensalter in Jahren)			
Letzte Regelblutung (TT.MM.JJJJ)			
Zykluslänge (Tage)			

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"/>
Derzeit bestehende Schwangerschaft	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>

Frühere Schwangerschaften	1. Schwangerschaft	2. Schwangerschaft	3. Schwangerschaft	4. Schwangerschaft
Jahr				
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)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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"/>
Frühabort – bis 16. Schwangerschaftswoche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spätabort – bis 17. und 28. Schwangerschaftswoche	<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"/>

Weitere Schwangerschaften				

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"/>

Dauermedikation

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

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

Name des Medikamentes	Dosierung

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, nicht näher bezeichnet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hyperhidrose (krankhaftes Schwitzen)	<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"/>
Ödem, andernorts nicht klassifiziert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spontane Ekchymosen (kleinflächige, fleckenförmige Blutung der Haut)	<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"/>
Veränderung des Hautreliefs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herz – Gefäße – Blutgerinnung					
Palpitationen (Herzaktionen wie Herzklopfen, Herzrasen etc., die Sie selbst wahrnehmen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tachykardie, nicht näher bezeichnet (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"/>
Anosmie (Fehlen des Geruchssinns)	<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"/>
Ataktischer Gang (Seemannsgang, eine Form der Gehstörung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ataxie, nicht näher bezeichnet (Störung der Bewegungskoordination; Unfähigkeit gerade zu sitzen bzw. zu stehen)	<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"/>

***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

Bezeichnung	Nie	Selten*	Manchmal*	Häufig*	Ständig*
Ausbleiben der erwarteten normalen physiologischen Entwicklung	<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"/>
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"/>
Erhöhtes Schlafbedürfnis; ich bin tagsüber oft müde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Halluzinationen, nicht näher bezeichnet	<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"/>
Kopfschmerz	<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"/>
Orientierungsstörung, nicht näher bezeichnet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Parästhesie der Haut (Fehlwahrnehmungen wie beispielsweise Kribbeln, Taub- und Pelzigsein der Haut, Taubheit etc)	<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"/>
Sonstige Amnesie (Gedächtnisstörung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige und nicht näher bezeichnete Koordinationsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige und nicht näher bezeichnete Störungen des Geruchs- und Geschmackssinnes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tetanie (Überregbarkeit von Nerven und Muskeln; anfallsartige Verkrampfungen der Muskulatur)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tremor, nicht näher bezeichnet (Zittern)	<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"/>

Knochen – Gelenke – Muskulatur

Krämpfe und Spasmen der Muskulatur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rückenschmerzen, nicht näher bezeichnet	<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

Bezeichnung	Nie	Selten*	Manchmal*	Häufig*	Ständig*
-------------	-----	---------	-----------	---------	----------

Lungenerkrankungen

Dyspnoe (Atemnot)	<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"/>
Polyurie (krankhaft erhöhte Urinausscheidung)	<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"/>

Magen – Darm – Bauchspeicheldrüse

Aszites (Bauchwassersucht)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diarrhoe (Durchfall) und Gastroenteritis(Magendarmentzündung), vermutlich infektiösen Ursprungs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Flatulenz (Blähungen) und verwandte Zustände	<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"/>
Sodbrennen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige und nicht näher bezeichnete Bauchschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige und nicht näher bezeichnete Dysphagie (Schluckstörung)	<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"/>
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"/>

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"/>

*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

Bezeichnung	Nie	Selten*	Manchmal*	Häufig*	Ständig*
-------------	-----	---------	-----------	---------	----------

Sonstiges

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"/>
Kachexie (Auszehrung; starke Abmagerung)	<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"/>

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"/>
	<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 geben Sie den ausgefüllten Fragebogen an der Rezeption ab.

Wir danken Ihnen für Ihre Unterstützung.

Das Praxisteam