Naturheilpraxis
Ilona Bauer - Renz
- Heilpraktikerin -
16227 Eberswalde
Heideweg 4

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient.

Der folgende Anamnesebogen soll dazu beitragen, dass wir möglichst schnell herausfinden, was Ihnen fehlt, bzw. wo Ihre gesundheitlichen Probleme liegen.

Um die Ursachen zu finden und nicht nur die Symptome zu behandeln, sind wir auf möglichst viele Informationen von Ihnen angewiesen.

Weiterhin finden Sie anschließend noch diverse Fragebögen zu unterschiedlichen Themen.

Bitte füllen Sie den Anamnesebogen und die Fragebögen sehr sorgfältig und gewissenhaft aus. Bereiche, die für Sie nicht zutreffen, überspringen Sie.

Nehmen Sie sich genug Zeit beim Ausfüllen, damit wir schnell eine passende Therapie für Ihre Beschwerden finden können.

Wenn Sie zu Ihren Beschwerden Vorbefunde, Labor- und Krankenhausberichte, Röntgenbilder, MRT–CD´s oder Ähnliches haben, bringen Sie diese bitte zum Behandlungstermin mit. Wir scannen uns alles Notwendige in unser System.

Wichtig !
Aus gesetzlichen Gründen sind wir dazu angehalten, Ihr Einverständnis für die Behandlung, Abrechnung und die Zustimmung zum Datenschutz einzuholen. **Bitte unterschreiben Sie beigefügte „Einverständniserklärung“.**

- Ilona Bauer-Renz –
Heilpraktikerin

Naturheilpraxis
HP Ilona Bauer-Renz
Heideweg 4
16227 Eberswalde
Bankverb.:Berliner Volksbank
Kto.Nr. 7399906002
BLZ 10090000
IBAN: DE95100900007399906002 BIC: BEVODEBB
Tel. 03334 361209
Fax 03334 356579
USt-ID: DE261137222

Naturheilpraxis
Ilona Bauer - Renz
- Heilpraktikerin -
16227 Eberswalde
Heideweg 4

Einverständniserklärung

zwischen:		**und:**	Ilona Bauer - Renz - Heilpraktikerin -

Ich erkläre mich ausdrücklich einverstanden mit der:

- Weitergabe der zum Zweck der Abrechnung und Geltendmachung erforderlicher Informationen, insbesondere ausgewählter Daten aus der Patientenkartei (Name, Geburtsdatum, Anschrift, Leistungsabrechnung und falls erforderlich Befunde, Behandlungsdaten und -verläufe) an eine privatärztliche Abrechnungsstelle.
- Abtretung der sich aus der Behandlung ergebenden Forderungen z. B. an eine privatärztliche Abrechnungsstelle oder eine sonstige Inkassounternehmung.
- Diese Zustimmung gilt auch für zukünftige Behandlungen; sie ist jederzeit mit sofortiger Wirkung widerrufbar. Der Widerruf muss vor der Behandlung erfolgen.

Im Rahmen der Abrechnung beachten Sie bitte:

- Die Kosten der Therapien sowie der verordneten Heilmittel werden durch die gesetzlichen Krankenkassen (GKV) in der Regel nicht übernommen.
- Die Übernahme der Behandlungskosten sowie der verordneten Heilmittel durch die privaten Krankenversicherer und Beihilfestellen erfolgt unterschiedlich. Dieses hängt u. a. vom jeweiligen und individuellen Tarif ab. Auch hier erfolgt eine Einzelprüfung.
- Unabhängig von einer abweichenden Beurteilung der medizinischen Notwendigkeit, einer medizinisch - wissenschaftlichen Anerkennung der durchgeführten Therapien und Diagnostik oder einer abweichenden Erstattung durch Beihilfestellen oder privaten Kranken- Versicherungen ist der Rechnungsbetrag in voller Höhe zu zahlen.

☐ Ich benötige eine detaillierte Liquidation nach einem Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH) bzw. Gebührenordnung für Ärzte (GoÄ) zur Einreichung bei meinem Leistungsträger (z.B. private Krankenversicherung oder Beihilfestelle).

☐ Ich benötige eine Rechnung bzw. eine Quittung ohne Gebührenpositionen nach dem Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH) bzw. Gebührenordnung für Ärzte (GoÄ). Diese kann z.B. im Rahmen der Einkommenssteuererklärung als Beleg genutzt werden.

Einige der in unserer Naturheilpraxis angewandten Therapie- und Diagnoseverfahren sind noch nicht in direkter Nennung in ein Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker bzw. in die Gebührenordnung für Ärzte (GoÄ) eingegangen. Aus diesem Grund können diese Therapien analog zu den nachfolgend genannten Gebührenziffern abgerechnet werden:

- Manuelle Therapieverfahren: Hierbei werden insbesondere chiropraktische, medikomechanische sowie osteopathische Behandlungen durchgeführt. Insbesondere im Rahmen der Osteopathie können sehr umfangreiche, entweder strukturelle, aber auch ganzheitliche Behandlungen durchgeführt werden, also nicht nur im Rahmen des Muskel- und Skelett-Systems. Abgerechnet werden diese therapeutischen Maßnahmen über die GebüH Ziffern: 20.2, 20.4 20.7, 34.2 (oder 34.1) 35.2 bzw. 35.3.
- Bio-Elektrische Funktionsdiagnostik und Therapie: Dieses Reiz-Therapie-Verfahren arbeitet mit multifrequenten Reizströmen zur Regulation bzw. Stimulation des körpereigenen Immunsystems. Darüber hinaus können bioelektrische Informationen des Patienten gemessen und im Rahmen der Diagnostik ausgewertet werden. Dieses Verfahren hat eine große Verbreitung, z.B. in der Sportmedizin. Es handelt sich hierbei nicht um ein Bio-Resonanz-Verfahren. Abgerechnet werden diese Behandlungen über die GebüH Ziffern: 14.8, 20.11, 39.9, 39.11 sowie 39.12.
- Ausleitungen: Um Gift- und Schlackenstoffe auszuleiten, alte und chronische Prozesse zu lösen bzw. das Immunsystem und den Organismus anzuregen, können neben einer medikamentösen Therapie auch ausleitende Therapien eingesetzt werden. Das gemeinsame Prinzip der ausleitenden Verfahren ist die Ausleitung von Stoffen aus dem Körper, die seine Gesundheit beeinträchtigen. Abgerechnet werden diese Behandlungen über die GebüH Ziffern: 25.8 und falls erforderlich 25.2, 25.4, 28.2 und 33.1.

Im Rahmen einer Liquidation nach GebüH bzw. GoÄ erkläre ich mich damit einverstanden, dass oben genannte Gebührenziffern je nach Art und Umfang der Therapie und Diagnose zur Rechnungsstellung verwendet werden können. Ich entbinde meine(n) Heilpraktiker(in) bzw. Arzt von seiner ärztlichen Schweigepflicht, soweit dies für die Abrechnung und Geltendmachung der Forderungen erforderlich ist.

Eberswalde, den

.....
(Ort, Datum, Unterschrift)

Naturheilpraxis
HP Ilona Bauer-Renz
Heideweg 4
16227 Eberswalde

Bankverb.:Berliner Volksbank
Kto.Nr. 7399906002
BLZ 10090000

Tel. 03334 361209
Fax 03334 356579
USt-ID: DE261137222

IBAN: DE95100900007399906002 BIC: BEVODEBB

Naturheilpraxis
Ilona Bauer - Renz
- Heilpraktikerin -
16227 Eberswalde
Heideweg 4

Anamnese – Fragebogen

Bitte füllen Sie den Fragebogen genau aus
und bringen ihn zum ersten Termin mit.
Bei den Beispielen genügt es anzukreuzen, sofern diese zutreffen,
oder mit eigenen Worten beantworten.

Bitte nehmen Sie sich genügend Zeit dafür,
denn es hilft uns, herauszufinden,
wie wir Ihnen helfen können.

Vorname	Name

Strasse	Nr.

PLZ	Wohnort

Telefon	Mobil	Fax

Geburtstag	Blutgruppe	E-Mail

Körpergröße / Gewicht	Beruf / Tätigkeit

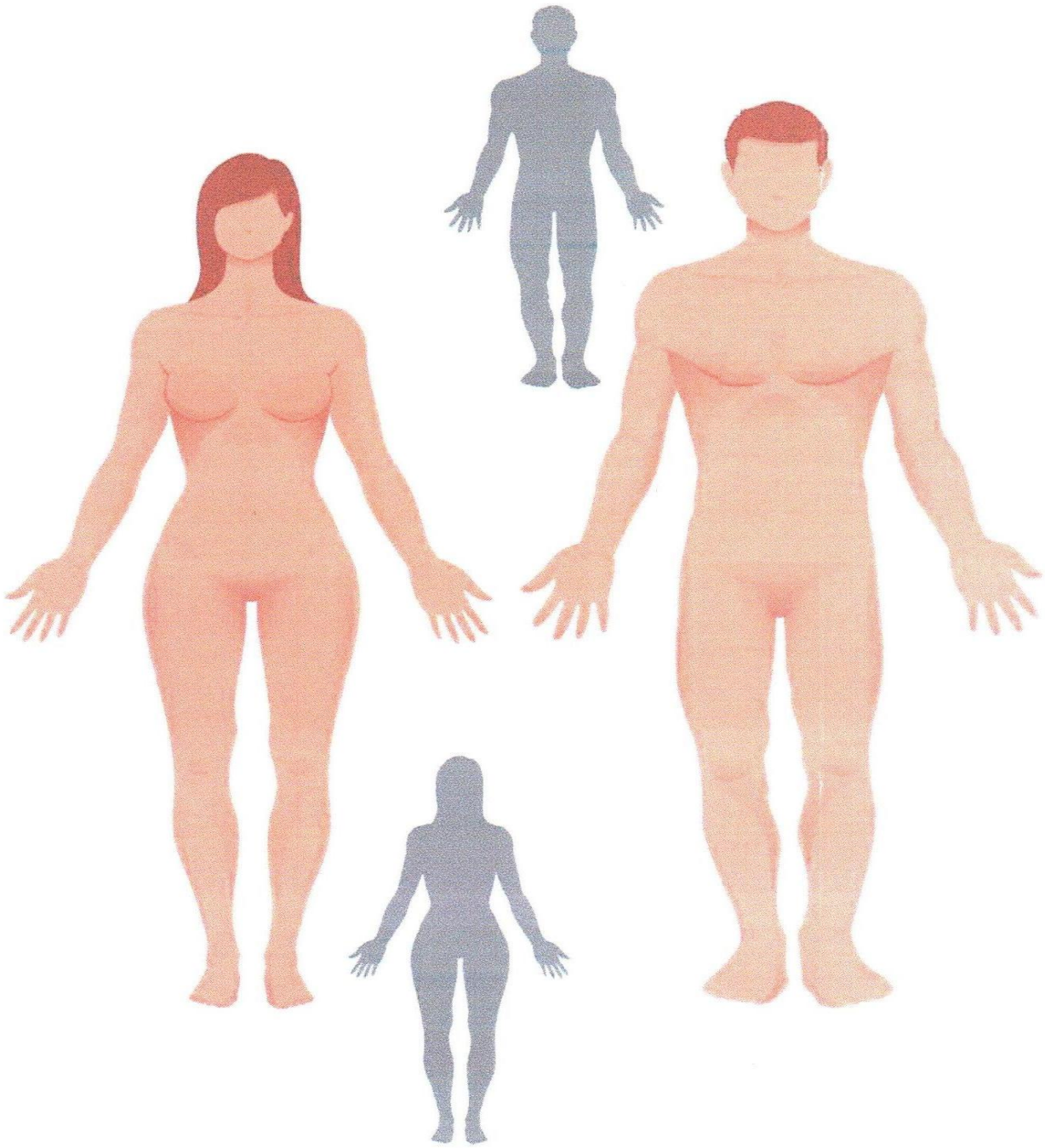
Naturheilpraxis
HP Ilona Bauer-Renz
Heideweg 4
16227 Eberswalde

Bankverb.:Berliner Volksbank
Kto.Nr. 7399906002
BLZ 10090000
IBAN: DE95100900007399906002 BIC: BEVODEBB

Tel. 03334 361209
Fax 03334 356579
USt-ID: DE261137222

Akute Beschwerden

An welche Körperstellen haben Sie akute Beschwerden?
Einfach intuitiv markieren.



Naturheilpraxis
HP Ilona Bauer-Renz
Heideweg 4
16227 Eberswalde

Bankverb.:Berliner Volksbank
Kto.Nr. 7399906002
BLZ 10090000
IBAN: DE95100900007399906002 BIC: BEVODEBB

Tel. 03334 361209
Fax 03334 356579
USt-ID: DE261137222

Akute Beschwerden

Unter welchen akuten Beschwerden leiden Sie und seit wann?
Ordnen Sie die Beschwerden nach Ihrer Wichtigkeit.

1. _____ seit: _____
2. _____ seit: _____
3. _____ seit: _____
4. _____ seit: _____
5. _____ seit: _____
6. _____ seit: _____
7. _____ seit: _____
8. _____ seit: _____

Was war unmittelbar vor dem ersten Auftreten Ihrer jetzigen Beschwerden?

- ☐ Eine Erkrankung
- ☐ Kummer
- ☐ Trauer
- ☐ Schreck
- ☐ Operationen
- ☐ Hautausschläge
- ☐ andere:

Welche Behandlungen haben Sie gegen die Beschwerden bereits bekommen?

Welche Medikamente/Nahrungsergänzungsmittel nehmen Sie zur Zeit ein?

Welche Ärzte, Kliniken, Heilpraktiker haben Sie bislang aufgesucht und wie war der Erfolg?

Was erwarten Sie von meiner Behandlung?

Naturheilpraxis
HP Ilona Bauer-Renz
Heideweg 4
16227 Eberswalde

Bankverb.:Berliner Volksbank
Kto.Nr. 7399906002
BLZ 10090000
IBAN: DE95100900007399906002 BIC: BEVODEBB

Tel. 03334 361209
Fax 03334 356579
USt-ID: DE261137222

Allgemeine Symptome

☐ Mangelnde Konzentration
☐ Ich bin müde und erschöpft
☐ Ich bin verstärkt reizbar
☐ Ich habe Ängste–Schuldgefühle–Konflikte

☐ Ich schwitze sehr schnell
☐ Ich schwitze in der Nacht
An welchem Körperteil?
.....
.....
☐ kalter Schweiß
☐ warmer Schweiß

☐ Ich friere sehr schnell
☐ Kalte Hände ☐ kalte Füße

Wie belastbar und leistungsfähig fühlen Sie sich?
☐ sehr belastbar
☐ mäßig belastbar
☐ gar nicht belastbar

Kopf

Leiden Sie unter Kopfschmerzen?
☐ häufig ☐ selten ☐ nie
☐ Stirn–Augen–Schläfenregion
☐ Hinterhauptregion
☐ morgens ☐ abends
☐ halbseitig ☐ doppelseitig
☐ links ☐ rechts
☐ wandernd von links nach rechts
☐ wandernd von rechts nach links

Auslöser der Kopfschmerzen:
.....
Was verbessert:
.....
Was verschlechtert:
.....

Leiden Sie unter Haarausfall?
☐ ja, seit: .....
☐ kreisrunder Haarausfall
☐ vereinzelter Haarausfall

Augen
☐ Bindehautentzündung
☐ kurzsichtig ☐ weitsichtig
☐ sonstige Beschwerden
☐ Brille seit: .....

Ohren
☐ Schmerzen links
☐ Schmerzen rechts
☐ beidseitig
☐ Mittelohrentzündungen
☐ Schwerhörig
☐ Ohrengeräusche
☐ Ohrendruck

Nase
☐ Operationen ☐ Heuschnupfen
☐ Nasennebenhöhlenentzündungen
☐ behinderte Nasenatmung
☐ Nase verstopft
Absonderungen:
☐ wässrig ☐ schleimig
☐ eitrig ☐ grünlich
☐ Allergien auf:
.....

Mandeln
☐ Operation
☐ häufig Mandelentzündungen
☐ als Kind
☐ heute

Schilddrüse
☐ Überfunktion ☐ Unterfunktion
☐ Vergrößerung ☐ Operation

Zähne/Kiefer

Zahnerkrankungen und Zahnwerkstoffe können sich auf die Gesundheit des gesamten Körpers auswirken.

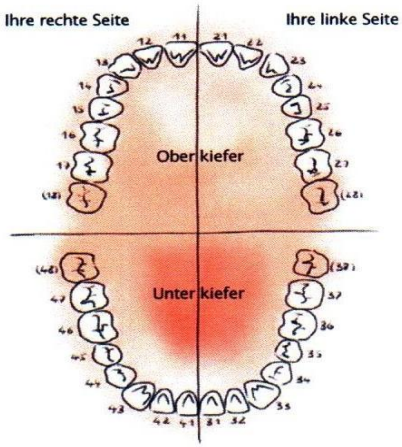
☐ Erschwerter Durchbruch der Weisheitszähne
☐ Wurzelbehandelte Zähne
☐ Tote Zähne
Empfindliche Zähne auf:
☐ heiß ☐ kalt
☐ Parodontose/Paradontitis

Wurden bei Ihnen Amalgamfüllungen entfernt?
☐ Ja ☐ Nein

Zahnfüllmaterialien:
☐ Amalgam ☐ Gold
☐ Titan ☐ Kunststoff
☐ Keramik ☐ Palladium
☐ Implantate

Kiefergelenke:
☐ Schmerzen
☐ Geräusche beim Kauen
☐ Blockade
☐ Zähneknirschen

Bitte markieren Sie behandelte oder erkrankte Zähne oder Zahnfleisch.



Naturheilpraxis
HP Ilona Bauer-Renz
Heideweg 4
16227 Eberswalde
Bankverb.:Berliner Volksbank
Kto.Nr. 7399906002
BLZ 10090000
IBAN: DE95100900007399906002 BIC: BEVODEBB
Tel. 03334 361209
Fax 03334 356579
USt-ID: DE261137222

Körper und Organfunktionen

Brustdrüse
- ☐ Beschwerden
- ☐ Operationen

Herz
- ☐ Beschwerden
- ☐ Stechen
- ☐ Druckgefühl
- ☐ Infarkt
- ☐ Beklemmung
- ☐ Rythmusstörungen

Lunge
- ☐ Bronchitis
- ☐ häufig Husten
- ☐ Atemnot

Leber
- ☐ Entzündungen
- ☐ Hepatitis

Galle
- ☐ Steine
- ☐ Koliken
- ☐ Operation
- ☐ Druck im Oberbauch
- ☐ Fettunverträglichkeit

Magen
- ☐ Völlegefühl
- ☐ Gastritis
- ☐ Appetitlosigkeit
- ☐ Sodbrennen

Rücken
- ☐ Schmerzen
- ☐ Hexenschuss
- ☐ Ischias
- ☐ Skoliose
- ☐ Verspannungen
- ☐ Myokylosen

Niere/Blase
- ☐ Nierensteine,
- ☐ Entzündungen
  - ☐ häufig: .....

Harn
- ☐ viel
- ☐ wenig
- ☐ häufig
- ☐ kann nicht halten
- ☐ Geruch nach:

Darm
- ☐ Infektionen
- ☐ Hämorrhoiden
- ☐ Blinddarmoperation
- ☐ Blähungen
- ☐ Reizdarm
- ☐ chr. Darmerkrankungen
- ☐ Polypen
- ☐ Divertikel
- ☐ Verwachsungen

Stuhlgang
- ☐ täglich
- ☐ jeden 2.Tag
- ☐ unregelmäßig
  riecht nach: .....
  .....
- ☐ Neigung zur Verstopfung
- ☐ Neigung zum Durchfall

Konsistenz des Stuhls:
- ☐ hell
- ☐ dunkel
- ☐ übelriechend
- ☐ hart
- ☐ knollig
- ☐ weich
- ☐ schmierig
- ☐ pastenartig

- ☐ kann Stuhl nicht halten
- ☐ Gefühl nicht fertig zu werden

Arme
- ☐ Verletzungen
- ☐ Schmerzen
- ☐ Tennisellenbogen
- ☐ Kribbeln
- ☐ kalte Hände

Beine
- ☐ Schmerzen
- ☐ Krampfadern
- ☐ Operationen
- ☐ Verletzungen
- ☐ kalte Füße
- ☐ Kribbeln
- ☐ Taubheitsgefühl

Rücken
- ☐ Beweglichkeit
- ☐ Verspannungen
- ☐ Belastungen
- ☐ Rheuma

Haut/Nägel
- ☐ Verbrennungen
- ☐ Narben
- ☐ Geschwüre
- ☐ Hautjucken
- ☐ Warzen
- ☐ Pilze
- ☐ eingewachsene Nägel
- ☐ Nagelbettentzündungen
- ☐ Allergien auf:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Gynäkologischer/urologischer Bereich

Sexualität
- ☐ vermindert
- ☐ verstärkt
- ☐ unbefriedigt
- ☐ Beschwerden beim Geschlechtsverkehr

Frau

Ausfluß:
- ☐ keinen ☐ stark
- ☐ weiß ☐ gelb
- ☐ wundmachend
- ☐ färbt die Wäsche

- ☐ Schmerzen
- ☐ Eierstockentzündungen
- ☐ Ausschabungen
- ☐ Fehlgeburten
- ☐ Geburten / vieviele:
- ☐ Abtreibungen
- ☐ Tumore
- ☐ Zysten
- ☐ Myome
- ☐ Geschlechtskrankheiten
- ☐ Sterilisation

Verhütungsmaßnahmen:
- ☐ Antibabypille
- ☐ Spirale
- ☐ Hormonspritze

Wann war die erste Menses?
.....

Wann die letzte?
.....

Blutungen sind:
- ☐ hell
- ☐ dunkel
- ☐ klumpig
- ☐ braun
- ☐ regelmäßig
- ☐ unregelmäßig

Mann

Prostata
- ☐ vergrößert
- ☐ Entzündungen
- ☐ Beschwerden beim Wasserlassen
- ☐ Geschlechtskrankheiten

Urologisch
- ☐ Sterilisation
- ☐ Erektionsprobleme

Naturheilpraxis
HP Ilona Bauer-Renz
Heideweg 4
16227 Eberswalde
Bankverb.:Berliner Volksbank
Kto.Nr. 7399906002
BLZ 10090000
IBAN: DE95100900007399906002 BIC: BEVODEBB
Tel. 03334 361209
Fax 03334 356579
USt-ID: DE261137222

Lebensweise

Treiben Sie regelmäßig Sport?
☐ ja ☐ nein

Ist ihr Schlaf und ihr Arbeitsplatz baubiologisch untersucht worden? (Elektrosmog, Geopathie, Umwelttoxine)
☐ ja ☐ nein

Wie ist ihre Wohnung beschaffen?
☐ Funkmasten in der Nähe
☐ Überlandleitung/Bahnstrom in der Nähe
☐ Bäche, Flüsse in der Nähe
☐ Schimmelpilzbelastung
☐ Antiquitäten / Holzschutzmittel
☐ Teppichböden
☐ Mikrowelle
☐ Ledermöbel

Wie ist ihr Schlafplatz eingerichtet?
☐ schnurlose Telefone/Internet
☐ elektrische Geräte standby
☐ Wasserbett
☐ eingebauter elektrischer Motor

Wie ist ihr Schlaf?
☐ Schlaflosigkeit
☐ häufiges Erwachen, um wieviel Uhr: .....
☐ nächtliches Wasserlassen. Wie oft: .....
☐ Schwierigkeiten beim Einschlafen
☐ Unruhe in den Beinen
☐ Sprechen im Schlaf
☐ Nachtschweiß
☐ heiße Füße
☐ Zähneknirschen
☐ Lebhafte Träume

Wieviel Liter trinken Sie täglich?
☐ unter 500ml ☐ unter 1 Liter
☐ ca. 1–2 Liter ☐ über 2 Liter

Was trinken Sie?
☐ Wasser ohne Kohlensäure
☐ Wasser mit Kohlensäure
☐ Fruchtsäfte
☐ Softdrinks
☐ Kaffee ☐ Tee ☐ Milch
☐ Bier ☐ Wein

Welche Nahrungsmittel essen Sie wie häufig?

	nie	selten	1x pro Tag	mehrmals täglich
Milchprodukte	☐	☐	☐	☐
Süßigkeiten	☐	☐	☐	☐
Weißmehlprodukte	☐	☐	☐	☐
Kuchen	☐	☐	☐	☐
Eier	☐	☐	☐	☐
Zucker	☐	☐	☐	☐
Fleisch	☐	☐	☐	☐
Fisch	☐	☐	☐	☐
Gemüse	☐	☐	☐	☐
Obst	☐	☐	☐	☐
Nüsse	☐	☐	☐	☐

Auf welche Lebensmittel können Sie nur schwer verzichten?

.....
.....
.....

Nahrungsmittel-Allergien auf:

.....
.....
.....

Leben Sie nach bestimmten Ernährungsrichtlinien?
☐ ja ☐ nein

wenn ja welche: .....
.....
.....

Wurden Sie gestillt?
☐ ja ☐ nein

War ihre Geburt eine natürliche?
☐ ja ☐ nein

Rauchen Sie? Wenn "Ja", wie viel pro Tag?
☐ ja ☐ nein

Trinken Sie Alkohol? Wenn "Ja", wie viel pro Tag?
☐ ja ☐ nein

Sind Sie bereit, Ihre Ernährungsgewohnheiten mit unserer Hilfe zu verbessern?
☐ ja ☐ nein

.....
Datum, Unterschrift

Naturheilpraxis
HP Ilona Bauer-Renz
Heideweg 4
16227 Eberswalde

Bankverb.:Berliner Volksbank
Kto.Nr. 7399906002
BLZ 10090000
IBAN: DE95100900007399906002 BIC: BEVODEBB

Tel. 03334 361209
Fax 03334 356579
USt-ID: DE261137222

Krankheitsgeschichte

Chronologische Krankengeschichte:

Bitte erfassen Sie alle bisherigen Erkrankungen und Operationen, die Sie durchgemacht haben möglichst von Kindheit an:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Welche Infektionskrankheiten haben Sie durchgemacht?

- ☐ Masern
- ☐ Mumps
- ☐ Röteln
- ☐ Keuchhusten
- ☐ Windpocken
- ☐ Scharlach
- ☐ Tetanus
- ☐ Kinderlähmung
- ☐ Malaria
- ☐ Salmonellose
- ☐ Ruhr
- ☐ Siphilis
- ☐ Pfeiffersches Drüsenfieber
- ☐ Gonorrhoe (Tripper)
- ☐ Tropenkrankheiten
- ☐ Tuberkulose

Wurden diese Erkrankungen oder andere schon einmal mit Antibiotika behandelt?

☐ ja ☐ nein

Falls ja, welche wurden eingesetzt?

.....
.....
.....

Haben Sie Narben von Operationen?

☐ ja ☐ nein

Leiden Sie oft unter Erkältungskrankheiten?

☐ ja ☐ nein

Welche Krankheiten sind in Ihrer Familie bekannt?

- ☐ Krebs
- ☐ Tuberkulose
- ☐ Geisteskrankheiten
- ☐ Geschlechtskrankheiten
- ☐ Epilepsie
- ☐ Herzkrankheiten
- ☐ Gefäßerkrankungen
- ☐ Schlaganfall
- ☐ Asthma
- ☐ Zuckerkrankheit
- ☐ Rheumatismus
- ☐ Steinkrankheiten
- ☐ Multiple Sklerose
- ☐ Gicht
- ☐ Allergien
- ☐ Schuppenflechte
- ☐ Neurodermitis
- ☐ andere:

.....
.....
.....

Welche Impfungen haben Sie bekommen?

- ☐ Tuberkulose (BCG)
- ☐ Röteln
- ☐ Polio (Kinderlähmung)
- ☐ Cholera
- ☐ Diphterie
- ☐ Gelbfieber
- ☐ Tetanus
- ☐ Hepatitis
- ☐ HIB
- ☐ Pocken
- ☐ Keuchhusten
- ☐ Grippe
- ☐ Masern
- ☐ Mumps
- ☐ andere:

Gab es Reaktionen auf Impfungen?

- ☐ Fieber
- ☐ Krämpfe
- ☐ Unruhe
- ☐ Schlaflosigkeit
- ☐ Verhaltensveränderungen

Naturheilpraxis
HP Ilona Bauer-Renz
Heideweg 4
16227 Eberswalde

Bankverb.:Berliner Volksbank
Kto.Nr. 7399906002
BLZ 10090000
IBAN: DE95100900007399906002 BIC: BEVODEBB

Tel. 03334 361209
Fax 03334 356579
USt-ID: DE261137222

Naturheilpraxis
Ilona Bauer - Renz
- Heilpraktikerin -
16227 Eberswalde
Heideweg 4

Selbsttest zur Ermittlung des Vitamin-K_2-Status

Bitte jeweils die am ehesten zutreffende Antwort ankreuzen:

Fragen	Spalte 1	Spalte 2
Ernähren Sie sich rein vegetarisch (kein Fleisch)?	ja	nein
Ernähren Sie sich rein vegan (kein Fleisch, keine Tierprodukte)?	ja	nein
Wie oft pro Woche essen Sie Fleisch?	<3-mal	>3-mal
Wie viele Eier pro Woche essen Sie?	<3 Stück	>3 Stück
Wie oft pro Monat essen Sie Leber?	<1-mal	>1-mal
Wie oft pro Woche essen Sie Hartkäse?	<3-mal	>3-mal
Wie oft pro Monat essen Sie Sauerkraut?	<1-mal	>1-mal
Wie oft pro Monat essen Sie Natto?	<1-mal	>1-mal
Wurde bei Ihnen eine Osteoporose festgestellt?	Ja	Nein
Sind Sie eine Frau jenseits der Wechseljahre (ohne Hormonsubstitution)?	Ja	Nein
Haben oder hatten Sie starke Kariesprobleme?	Ja	Nein
Sind Sie jünger als 20 oder älter als 50 Jahre?	Ja	Nein
Wurde bei Ihnen Atherosklerose diagnostiziert?	Ja	Nein
Haben Sie eine Herzkrankheit?	Ja	Nein
Haben oder hatten Sie eine Krebserkrankung?	Ja	Nein
Leiden Sie unter Venenvarizen?	Ja	Nein
Haben Sie Diabetes Typ II (Altersdiabetes)?	Ja	Nein
Nehmen Sie öfter Antibiotika ein?	Ja	Nein
Nehmen Sie Cumarinderivate (Blutgerinnungshemmer) ein?	Ja	Nein
Leiden Sie an einer Krankheit, die mit Resorptionsstörungen verbunden ist (z. B. Mukoviszidose, Darmerkrankung)?	Ja	Nein

Naturheilpraxis
HP Ilona Bauer-Renz
Heideweg 4
16227 Eberswalde
Bankverb.:Berliner Volksbank
Kto.Nr. 7399906002
BLZ 10090000
IBAN: DE95100900007399906002 BIC: BEVODEBB
Tel. 03334 361209
Fax 03334 356579
USt-ID: DE261137222

Naturheilpraxis
Ilona Bauer - Renz
- Heilpraktikerin -
16227 Eberswalde
Heideweg 4

Fragebogen zur KPU nach Hoffmann/Kauffmann

Dieser Anamnesebogen ist ausschließlich für Therapeuten im Erstgespräch gedacht. Die Autoren übernehmen keine Haftung für die Benutzung des Fragebogens.

Ich fühle mich häufig müde und erschöpft.	ja ☐	nein ☐
Ich vertrage Sonnenlicht schlecht.	ja ☐	nein ☐
Ich habe Ein- und/oder Durchschlafprobleme	ja ☐	nein ☐
Ich leide unter Haarausfall.	ja ☐	nein ☐
Ich leide unter einer Schilddrüsenstörung (inkl. Knotenbildung).	ja ☐	nein ☐
In meiner Familie gibt es viele Erkrankte aus dem Bereich Depressionen, Schizophrenie, Angststörungen.	ja ☐	nein ☐
Ich selber leide unter einer unter den oben drüber aufgezählten Erkrankungen.	ja ☐	nein ☐
Ich erinnere mich selten/nie an meine Träume.	ja ☐	nein ☐
Ich leider unter einer Vielzahl von Nahrungsmittelunverträglichkeiten, z.B. Glutensensitivität oder Laktoseintoleranz	ja ☐	nein ☐
Ich fühle mich meinem Alltag häufig nicht gewachsen.	ja ☐	nein ☐
Ich leide an unklaren neurologischen Symptomen, z.B. Doppeltsehen, unklare Kopfschmerzen.	ja ☐	nein ☐
Ich leide an Migräne.	ja ☐	nein ☐
In meiner Familie gibt es Fälle von Suizid/Suizidversuchen.	ja ☐	nein ☐
Bei mir wurde ein Reizdarm-/Reizmagensyndrom diagnostiziert.	ja ☐	nein ☐
Ich leide an ADHS/ADS.	ja ☐	nein ☐
Bei mir wurde Arthrose und/oder Osteoporose festgestellt.	ja ☐	nein ☐
Mein Blutdruck ist eher niedrig.	ja ☐	nein ☐
Ich habe häufig chronische Schmerzen im gesamten Körper, ohne das eine rheumatische Erkrankung festgestellt werden konnte	ja ☐	nein ☐
Konzentration über eine längere Zeit fällt mir schwer.	ja ☐	nein ☐
Ich neige zur Unterzuckerung und muss daher viele kleine Mahlzeiten pro Tag zu mir nehmen.	ja ☐	nein ☐
Ich leide an Stimmungsschwankungen.	ja ☐	nein ☐
Ich habe Augenringe, die auch bei ausreichend Schlaf nicht verblassen.	ja ☐	nein ☐
Ich neige zu Allergien und/oder Asthma.	ja ☐	nein ☐
Ich leide an chronischer Verstopfung.	ja ☐	nein ☐
Ich leide an chronischen Durchfällen.	ja ☐	nein ☐

Bei Frauen zusätzlich:

Ich leide an häufigen Blasenentzündungen.	ja ☐	nein ☐
Ich leide an Myomen und/oder Endometriose und/oder Eierstockszysten.	ja ☐	nein ☐
Ich habe bereits Fehlgeburten erlitten.	ja ☐	nein ☐
Mein Zyklus ist unregelmäßig.	ja ☐	nein ☐
Ich leide an PMS.	ja ☐	nein ☐

Je mehr Fragen durch die Patienten mit **ja** beantwortet werden, desto wahrscheinlicher ist es, dass den Beschwerden eine KPU zugrunde liegen könnte. Klarheit bringt in fast allen Fällen ein KPU-Test in einem etablierten Labor. Bei einem Verdacht empfehlen wir das grundsätzlich. Für weitere Fragen schauen Sie doch mal auf die Internet Seite www.kpu-online.de

Naturheilpraxis
Ilona Bauer - Renz
- Heilpraktikerin -
16227 Eberswalde
Heideweg 4

Erschöpfung - Burnout Fragebogen

Teil A

Haben oder hatten Sie in den vergangenen sechs Monaten…

- ☐ das Gefühl, unentwegt von einer Aufgabe zur nächsten zu hetzen?
- ☐ das Gefühl, aufgedreht und trotzdem müde zu sein?
- ☐ Mühe, vor dem Einschlafen zur Ruhe zu kommen oder neuen Auftrieb, der Sie lange wach hält?
- ☐ Einschlaf- oder Durchschlafprobleme?
- ☐ ein Gefühl der Angst oder Nervosität – nicht zu bremsende, unkontrollierbare Sorgen?
- ☐ rasch auftretende Gefühle von Ärger oder Wut, begleitet von häufigem Anschreien?
- ☐ Gedächtnislücken oder das Gefühl mangelnder Konzentration, insbesondere unter Druck?
- ☐ Heißhunger auf Süßes (Sie „brauchen" eine Kleinigkeit nach jeder Mahlzeit, meist etwas aus Schokolade)?
- ☐ eine Zunahme des Bauchumfangs auf mehr als 90 cm (das gefürchtete Bauchfett oder der Rettungsring – kein Blähbauch)?
- ☐ Hautkrankheiten wie Ekzeme oder eine dünne Haut?
- ☐ Knochenschwund (Osteopenie, Osteoporose)?
- ☐ Bluthochdruck oder Herzrasen ohne äußeren Anlass?
- ☐ einen hohen Blutzuckerspiegel (Prädiabetes, Diabetes, Insulinresistenz)? Zittrigkeit zwischen den Mahlzeiten (Blutzuckerschwankungen)?
- ☐ Verdauungsstörungen, Geschwüre oder GERD (gastroösophageale Refluxkrankheit)?
- ☐ größere Schwierigkeiten als früher, sich nach einer körperlichen Verletzung zu erholen?
- ☐ unerklärliche rosa oder rote Dehnungsstreifen am Bauch oder Rücken?
- ☐ unregelmäßige Monatszyklen?
- ☐ eine verminderte Fruchtbarkeit?
- ☐ verminderte Muskelmasse?
- ☐ eine verminderte Libido?
- ☐ Haarverlust?
- ☐ vermehrte Gesichts- und Körperbehaarung?
- ☐ Akne?

Summe Teil A:

Naturheilpraxis
Ilona Bauer - Renz
- Heilpraktikerin -
16227 Eberswalde
Heideweg 4

Erschöpfung - Burnout Fragebogen

Teil B

Haben oder hatten Sie in den vergangenen sechs Monaten…

- ☐ Müdigkeit oder Burn-out (Sie halten Ihre Energie mit Koffein künstlich hoch oder schlafen beim Lesen oder Fernsehschauen ein)?
- ☐ Energieverlust, insbesondere am Nachmittag zwischen 14 und 17 Uhr?
- ☐ das Gefühl, dass das Glas immer eher „halb leer" als „halb voll" ist?
- ☐ Situationen mit unstillbarem Weinen ohne ersichtlichen Grund?
- ☐ eine verminderte Fähigkeit, Probleme zu lösen?
- ☐ das Gefühl, die meiste Zeit unter Stress zu stehen (alles scheint schwieriger zu sein als vorher und/oder Sie können schlecht damit umgehen)?
- ☐ Schlaflosigkeit oder Durchschlafstörungen, insbesondere zwischen 1 Uhr und 4 Uhr nachts?
- ☐ einen niedrigen Blutdruck (Hypotension)?
- ☐ eine haltungsbedingte (orthostatische) Hypotension (Sie stehen aus der liegenden Position auf und fühlen sich schwindlig)?
- ☐ Schwierigkeiten mit der Infektionsabwehr (Sie fangen sich jedes Virus ein, vor allem in den Atemwegen)? Schwierigkeiten mit der Rekonvaleszenz nach einer Krankheit oder Operation oder mit der Wundheilung?
- ☐ Asthma? Bronchitis? Chronischen Husten? Allergien?
- ☐ einen niedrigen Blutzuckerspiegel oder Blutzuckerschwankungen?
- ☐ Verlangen nach Salz?
- ☐ übermäßiges Schwitzen?
- ☐ Übelkeit, Erbrechen oder Durchfall? Oder weiche Stühle im Wechsel mit Verstopfung?
- ☐ Muskelschwäche, insbesondere im Kniebereich? Muskel- oder Gelenkschmerzen?
- ☐ Hämorrhoiden oder Krampfadern?
- ☐ eine verstärkte Blutungsneigung oder die Tendenz zu Blutergüssen?
- ☐ ein Schilddrüsenproblem, das behandelt wurde; zuerst geht Ihnen besser, doch plötzlich haben Sie Herzklopfen, Herzrasen oder Herzrhythmusstörungen?
- ☐ vermehrt braune Flecken auf der Haut?

Summe Teil B:

Fragen zu körperbelastenden Schadstoffen

Bitte kreuzen Sie an	Ja	Nein
Putzen Sie Ihre Zähne mit handelsüblicher Zahncreme?		
Verwenden Sie zum Kochen einfaches Haushaltssalz?		
Essen Sie Freilandobst oder -gemüse?		
Backen Sie ab und zu in Alu-Folie, oder essen Sie aus Aluminium - Schalen?		
Essen Sie Lebensmittel (z.B. Joghurt), die einen Foliendeckel haben?		
Sind Sie geimpft - oder lassen Sie sich regelmäßig impfen?		
Essen Sie ab und zu gefärbte Süßigkeiten wie Ostereier, Gummibären, Kringel etc.?		
Trinken Sie Getränke aus Dosen?		
Verwenden Sie Konserven?		
Benutzen Sie Alugusspfannen oder -kochgeschirr?		
Essen Sie Backwaren aus dem Supermarkt?		
Verwenden Sie Backpulver zum Backen?		
Verwenden Sie handelsübliche Kosmetikprodukte?		
Benutzen Sie handelsübliche Deodorants?		
Trinken Sie Leitungswasser (Tee, Kaffee, etc.)?		
Haben oder hatten Sie Amalgam-Füllungen?		

Bitte wenden ►

Bitte kreuzen Sie an	Ja	Nein
Verwenden Sie Energiesparlampen?		
Essen Sie häufig Fisch?		
Essen Sie häufig Fleisch?		
Essen Sie regelmäßig Wurstwaren auch abgepackte (bis zu 160 g / tägl.)?		
Tragen Sie Textilien, die in Asien hergestellt wurden?		
Tragen Sie Schuhe, die in Asien hergestellt wurden?		
Fahren Sie Auto, wohnen, arbeiten oder gehen Sie an verkehrsreichen Straßen?		
Gibt es in Ihrer Wohnung Laminat, Kunststoffböden oder ausgelegte Teppichware?		
Gibt es in Ihrer Wohnung folienbeschichtete, furnierte Möbel, Regale, etc.?		
Nehmen Sie Mittel zur Neutralisierung von überschüssiger Magensäure ein?		

Haben Sie mindestens 5 Fragen mit JA beantwortet?
Dann sprechen Sie uns bitte unbedingt an!

Naturheilpraxis
Ilona Bauer - Renz
- Heilpraktikerin -
16227 Eberswalde
Heideweg 4

Name, Vorname ..... **Datum** .....

Naturheilpraxis
Ilona Bauer - Renz
- Heilpraktikerin -
16227 Eberswalde
Heideweg 4

Stress-Monitor

Die folgenden Punkte können Anzeichen für Überforderung sein. Welche davon haben Sie in den letzten Wochen an sich feststellen können?

Körperliche Warnsignale	**stark**	**leicht**	**kaum/ gar nicht**	**Punkte**
Herzklopfen/Herzstiche	2	1	0	
Engegefühl in der Brust	2	1	0	
Atembeschwerden	2	1	0	
Einschlafstörungen	2	1	0	
Chronische Müdigkeit	2	1	0	
Verdauungsbeschwerden	2	1	0	
Magenschmerzen	2	1	0	
Appetitlosigkeit	2	1	0	
Sexuelle Funktionsstörung	2	1	0	
Muskelverspannung	2	1	0	
Kopfschmerzen	2	1	0	
Rückenschmerzen	2	1	0	
Kalte Hände / Füße	2	1	0	
Starkes Schwitzen	2	1	0	
Emotionale Warnsignale				
Nervosität, innere Unruhe	2	1	0	
Gereiztheit, ärgerlich sein	2	1	0	
Angstgefühle, Versagungsängste	2	1	0	
Unzufriedenheit / Unausgeglichenheit	2	1	0	
Lustlosigkeit (auch sexuell)	2	1	0	
Innere Leere (ausgebrannt sein)	2	1	0	
Kognitive Warnsignale				
Ständig kreisende Gedanken / Grübeln	2	1	0	
Konzentrationsstörungen	2	1	0	
Leere im Kopf (black out)	2	1	0	
Tagträume	2	1	0	
Alpträume	2	1	0	
Leistungsverlust / häufige Fehler	2	1	0	

Naturheilpraxis
Ilona Bauer - Renz
- Heilpraktikerin -
16227 Eberswalde
Heideweg 4

Stress-Monitor

Zur Berechnung der Gesamtpunktzahl addieren Sie einfach die von Ihnen notierten Punkte auf dieser und der vorhergehenden Seite zusammen.

Warnsignale im Verhalten	stark	leicht	kaum / gar nicht	Punkte
Aggressives Verhalten gegenüber anderen „aus der Haut fahren“	2	1	0	
Fingertrommeln, Füße scharren, Zittern, Zähne knirschen	2	1	0	
Schnelles Sprechen, Stottern	2	1	0	
Andere unterbrechen, nicht zuhören können	2	1	0	
Unregelmäßig essen	2	1	0	
Konsum von Alkohol (oder Medikamenten) zur Beruhigung	2	1	0	
Private Kontakte „schleifen lassen“	2	1	0	
Mehr Rauchen als gewünscht	2	1	0	
Weniger Sport und Bewegung als gewünscht	2	1	0	
Gesamtpunktzahl				

Bewertung		
0-10 Punkte	**11-20 Punkte**	**21 und mehr Punkte**
Sie können sich über Ihre gute gesundheitliche Stabilität freuen. Eine Stress- und Gesundheitsberatung wird bei Ihnen vor allem vorbeugende Wirkung haben.	Die Kettenreaktion von neuronalen, kognitiven, emotionalen und körperlichen Stressreaktionen findet bei Ihnen bereits statt. Ihre Leistungsfähigkeit, Lebensqualität und Gesundheit sind aufgrund von Stressbelastungen bereits eingeschränkt. Sie sollten möglichst bald damit beginnen, Ihre Kompetenzen zur individuellen Stressbewältigung zu erweitern.	Sie stecken bereits tief im Teufelskreis der kognitiv-emotionalen und körperlichen Auswirkungen von Stressbelastungen im Alltag. Die Folge sind Symptome wie Verspannungen, depressive Verstimmungen, Schlafstörungen, Libidoverlust und Kopfschmerzen. Sie sollten auf jeden Fall etwas gegen Ihren Stress und für mehr Gelassenheit, Ruhe und Leistungsfähigkeit tun.

(nach Kaluza 2005)

Naturheilpraxis
Ilona Bauer - Renz
- Heilpraktikerin -
16227 Eberswalde
Heideweg 4

Selbsttest bei Schwermetallbelastungen

Bitte kreuzen Sie an, was auf Sie zutrifft.

Krämpfe und/oder Schmerzen

	Krämpfe und unwillkürliche Bewegungen im Gesicht		Wadenkrämpfe
	Muskelschmerzen zwischen oder unterhalb der Schulterblätter		Arm- oder Beinschmerzen
	Schmerzen an Händen und Füßen		Nackenschmerzen
	Schulterschmerzen		Gelenkschmerzen
	Kreuzschmerzen		Rückenschmerzen
	Schmerzen unter dem rechten Rippenbogen		Schmerzen unter den Achseln
	Schmerzen in der Leiste		

Haare, Haut und Nägel

	Rötungen oder Ekzeme bei Berührung mit Metallen		Zunahme von Sommersprossen
	Sonnenallergie (Ausschlag nach einem Sonnenbad)		Hautjucken
	Ekzeme		Starkes Schwitzen
	Zunahme unreiner Haut oder Pickel bei Erwachsenen		Gelbliche Hautfarbe
	Wiederholt auftretende Ausschläge		Vermehrtes Auftreten von Blutergüssen
	Blasse Gesichtsfarbe		Beulen
	Sprödes, stumpfes und glanzloses Haar		Haarausfall
	Brüchige Nägel		

Kopfbereich

	Kopfschmerzen		Migräne
	Schwindelgefühl		Gefühl von Schwanken und Schaukeln
	Schwindel beim Hinlegen		Benommenheit
	Stürze durch Schwindelanfälle		Stirndruck
	Gefühl, als ob der Kopf platzt		Gefühl, als würden die Augen heraustreten
	Eingefallene Augen		Blutunterlaufene Augen
	Taubheitsgefühl oder Kälte gefühlt im Hinterkopf		

Geschlechtsorgane

	Stärkere Monatsblutungen		Schwächere Monatsblutungen
	Längere Monatsblutungen		Mehr Beschwerden während der Periode
	Mehr Beschwerden vor der Periode		Prostatabeschwerden

Verdauungssystem

	Übelkeit		Erbrechen
	Blähungen		Magenschmerzen
	Sodbrennen		Aufstoßen
	Unterleibsschmerzen		Heller Stuhlgang
	Weicher Stuhlgang		Durchfall
	Verstopfung		Kleine Mengen dunkler Urin
	Große Mengen heller Urin		

Herz und Atmung

	Flache Atmung		Atembeschwerden
	Schwache Atmung		Gefühl der willentlichen Anstrengung zum Atmen
	Atemlosigkeit ohne Anstrengung		Atemlosigkeit bei geringer Anstrengung
	Langfristige Kurzatmigkeit		Gefühl eines Ringes um die Brust
	Unregelmäßiger Herzschlag		Schwacher Herzschlag
	Verstärkter Herzschlag		Gefühl, das Herz bleibt stehen
	Ausstrahlender Schmerz in der Brust		Hoher Ruhepuls
	Langsamer Puls		Starker Herzschlag bei geringer Anstrengung

Halsbereich

	Druck- oder Kloßgefühl		Permanenter Schleim im Hals
	Hustenanfälle		Halsweh
	Neigung zu Infekten		Schluckbeschwerden
	Heiserkeit		Schwellungen im Bereich der Schilddrüse
	Kleine, weiche, verschiebbare Knoten an seitl. Halsmuskeln		Gefühl der Einschnürung bei Kragen oder Halsketten

Naturheilpraxis
HP Ilona Bauer-Renz
Heideweg 4
16227 Eberswalde

Bankverb.:Berliner Volksbank
Kto.Nr. 7399906002
BLZ 10090000

Tel. 03334 361209
Fax 03334 356579
USt-ID: DE261137222

Sinnesorgane

	Überempfindlichkeit für Licht			Man sieht alles wie durch Nebel
	Gesichtsfeldeinschränkung			Sehausfall für Sekundenbruchteile
	Sternchen sehen oder farbige Flecken im Gesichtsfeld			Flecken schwimmend im Gesichtsfeld
	Doppelbilder			Schlechtes Sehen in der Dämmerung
	Schlechtes Gehör			Ohrgeräusche oder Tinnitus
	Gefühl, als ob das Gehörte nicht bis zum Bewusstsein vordringt			Störungen des Geruchssinns
	Empfindlichkeit gegen Parfüm, Rauch, Essendüfte			Metallgeschmack im Mund
	Schlechter Geschmack im Mund			Gefühl, als ob Alufolie im Mund ist
	Essen wirkt geschmacklos			Brennen im Mund oder Hals
	Taubheit in Armen, Händen oder Fingern			Taubheit in Beinen, Füßen oder Zehen
	Wärme- oder Hitzegefühl			Nervenzucken

Kiefer, Zähne Rachen

	Geschwüre an Zahnfleisch, Gaumen oder Zunge			Häufiges Zahnfleischbluten
	Vermehrter Speichelfluss			Vermehrter Durst
	Mundgeruch			Trockener Mund , obwohl genügend getrunken wurde
	Zahnschmerzen ohne Grund			Kieferschmerzen
	Zahnfleischschwund (Parodontose)			Weiße oder helle Flecken im Mund und an den Lippen
	Dunkle Flecken auf dem Zahnfleisch			Dunkle Linien zwischen Zähnen und Zahnfleisch
	Abdrücke der Zähne, die am Zungenrand sichtbar sind			Pelziges Gefühl an der Lippe oder der Zunge
	Zunge fühlt sich zu groß an			

Stimmungen und Launen

	Suizidgedanken			Unsicherheit, Schüchternheit
	Angstgefühle			Bedrückung
	Schwierigkeiten, tatkräftig zu sein			Minderwertigkeitsgefühle
	Menschenscheuheit			Depressionen
	Schnelle Mutlosigkeit			Überempfindlichkeit gegen Kritik
	Schnelle Irritation auch bei Kleinigkeiten			

Schlaf und Energiehaushalt

	Starke Müdigkeit			Vermehrtes Schlafbedürfnis
	Müdigkeit, obwohl ausreichend geschlafen wurde			Schlaflosigkeit
	Schlechter Schlaf mit vielen Träumen			Plötzliches Aufwachen, weil der Körper in Aufruhr ist
	Schwäche			Zittern
	Frösteln			Krankheitsgefühl
	Gefühl, als bricht bald eine Erkältung aus			Zuckungen der Muskeln
	Zittrige Hände beim Ausstrecken			Zittrige Zunge, Lippen oder Augenlider
	Starkes Zittern wie bei Schüttelfrost			Unfreiwillige Gewichtsabnahme
	Appetitlosigkeit			Hitzegefühl
	Frieren			Kalte Körperteile, (Hände, Füße, Nase)

Sprache und Denken

	Man vergisst, was man gerade sagen wollte			Konzentrationsschwierigkeiten
	Undeutliche Sprache, kann die Lippen nicht richtig bewegen			Schwierigkeiten beim Verfolgen eines Gedankens
	Man versteht das Gelesene schlecht			

Naturheilpraxis
HP Ilona Bauer-Renz
Heideweg 4
16227 Eberswalde

Bankverb.:Berliner Volksbank
Kto.Nr. 7399906002
BLZ 10090000

Tel. 03334 361209
Fax 03334 356579
USt-ID: DE261137222

Naturheilpraxis HP Ilona Bauer-Renz

Name, Vorname ..... **geb. am .....** **Ort, Datum.....**

Erfassung der Beschwerden der männlichen Wechseljahre vor einem geplanten Heilversuch mit Östrogen / Progesteron.

Symptom:	niemals (0)	selten (1)	häufig (2)	stark (3)	Punkte:
Ich leide unter Gelenk- / Rückenschmerzen					
Meine Merkfähigkeit lässt nach					
Ich schwitze auch ohne körperliche Belastung - tagsüber und / oder nachts					
Mein Schlaf ist gestört					
Ich leide unter Kopfschmerzen					
Meine sexuelle Lust nimmt ab					
Ich habe Probleme mit meiner Erektion (Potenz)					
Ich muss häufig nachts Wasser lassen					
Ich leide unter Trockenheit von Haut und Schleimhäuten (Augenbrennen)					
Ich beobachte einen zunehmenden Haarausfall					
Ich leide unter Luftnot bei körperlicher Belastung					
Ich leide unter Herzstolpern und Herzjagen					
Ich habe das Gefühl, dass meine "Lebensenergie" nachlässt					
Ich leide unter Anfällen von Traurigkeit					

Ich bin meines Lebens überdrüssig					
Ich habe das Gefühl, nicht mehr so viel wert zu sein					
Ich drücke mich vor Verantwortung					
Summe der markierten Punkte:					

Score:

00-17 Punkte: (noch keine sicheren Wechseljahresprobleme) Behandlung als Prophylaxe zu empfehlen.

18-34 Punkte: eine Behandlung sollte erfolgen.

35-51 Punkte: dringende Behandlungsbedürftigkeit!