



www.heilkundezentrum-midgard.de

Heilkundezentrum Midgard
Oberstrasse 14
28195 Bremen
Tel. 0421 43741098

Anamnesebogen

Datum: _____

Liebe Patientin, lieber Patient,

vor einer Therapie nach ganzheitlichen Kriterien erstellen wir eine gründliche Diagnose sowohl auf modern schulmedizinischer als auch traditioneller Basis. Bitte beantworten Sie bitte in Ruhe die folgenden Fragen. Sollte der Platz nicht ausreichen, verwenden Sie bitte ein Extrablatt.

Aufklärung gemäß Datenschutzverordnung (DSGVO):

Die Angaben sind freiwillig. Die Daten dienen der Findung einer möglichst genauen Diagnose und Behandlung nach naturheilkundlichen Kriterien. Nach Ablauf der Aufbewahrungspflicht werden die Daten rechtskonform vernichtet (Aktenschredder). Auf Wunsch händigen wir Ihnen die Daten gerne wieder aus.

Name:	Beruf:
Vorname:	Verheiratet / Beziehung:
Geburtsdatum:	
Strasse:	Kinder, Anzahl, Geschlecht, Alter:
PLZ, Ort:	
Telefon privat:	
Telefon Beruf:	Versicherung: <input type="checkbox"/> Heilpraktiker - Zusatzversicherung <input type="checkbox"/> privat / welche? <input type="checkbox"/> Beihilfe / Post <input type="checkbox"/> Selbstzahler
mobil:	
Email:	
Wer hat mich empfohlen? Wie haben Sie mich gefunden?	

Wegen welcher Beschwerden wünschen Sie eine Behandlung?	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
Was ist Ihr Wunsch an mich, was ist Ihr Ziel?	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>

**Krankheitsgeschichte,
eigene**

Vorerkrankungen

(alle Organbereiche und Psyche)
z.B. Herz, Niere / Blase, Darm,
Haut etc.

**Gibt es Arztberichte,
Laborauswertungen etc?
Bitte beifügen**

***Unfälle, Verletzungen,
Krankenhausaufenthalte,
Behinderungen***

***Was war unmittelbar vor dem
ersten Auftreten Ihrer jetzigen
Beschwerden?***

Erkrankung, Kummer, Schreck,
Medikamente etc.

Kinderkrankheiten

z.B. Windpocken, Masern etc.

***Impfungen,
Auffrischimpfungen,
Impfreaktionen***

***Infektionserkrankungen aktuell
oder bereits durchgemacht***

z.B. Pfeiffer-Drüsenfieber,
Borelliose, Tuberkulose etc.

Allergien

welche, seit wann

***Medikamenten-
unverträglichkeiten***

welche, seit wann

***Nahrungsmittel-
unverträglichkeiten***

wogegen, seit wann

Aktuell: _____

Bereits durchgemacht: _____

<p style="text-align: center;"><u>Familiengeschichte,</u> <u>Krankheiten</u></p> <p>Eltern, Großeltern, Urgroßeltern, Geschwister</p> <p>z.B. Herzerkrankungen, Allergien etc. <i>auch Psyche !</i></p>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
---	---

<p><u>Allgemeines</u> <i>Größe:</i></p>	<hr/>
<i>Gewicht:</i>	<hr/>
<i>Blutdruck (falls bekannt)</i>	<hr/>
<i>Trinken Sie Alkohol – wenn ja, wie viel, wie oft?</i>	<hr/>
<i>Rauchen Sie? Wieviel täglich?</i>	<hr/>
<i>Nehmen oder nahmen Sie Drogen? Welche?</i>	<hr/>
<i>Leben Sie nach bestimmten Ernährungsrichtlinien?</i>	<hr/>
<i>Haben Sie viel Appetit oder wenig Appetit – gibt es Auffälligkeiten?</i>	<hr/>
<i>Wie oft essen Sie täglich, essen Sie regelmäßig?</i>	<hr/>
<i>Beschreiben Sie mir Ihre Hauptnahrungsmittel</i>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<i>Wieviel Liter und was trinken Sie pro Tag? Auch Café, Tee etc.</i>	<hr/>
<i>Nehmen Sie Zuckerersatzstoffe zu sich?</i>	<hr/>
<i>Treiben Sie Sport? Welchen, seit wann?</i>	<hr/>
<i>Nehmen Sie zurzeit Medikamente? Welche? Wogegen? Bitte Beipackzettel oder Medikament mitbringen</i>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<i>Welche Verhütungsmittel benutzen Sie? „Pille“?</i>	<hr/>

Bei der Beantwortung der Fragen bedeuten:

1 = nein / nie

3= stärker / häufig

2 = leicht / gelegentlich

4= ausgeprägt, ständig, sehr oft

Lebensführung	1	2	3	4	Vorlieben Nahrung:
Arbeiten Sie zuviel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> herzhaft <input type="checkbox"/> süß <input type="checkbox"/> scharf <input type="checkbox"/> salzig <input type="checkbox"/> sauer <input type="checkbox"/> bitter <input type="checkbox"/> Milchprodukte <input type="checkbox"/> Rohkost <input type="checkbox"/> kaltes Essen <input type="checkbox"/> warmes Essen <input type="checkbox"/> Fleisch <input type="checkbox"/> vegetarisch <input type="checkbox"/> vegan <input type="checkbox"/> Fett <input type="checkbox"/> Fett wird nicht vertragen
Treiben Sie Sport	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Leiden Sie unter Streß	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Essen Sie unregelmäßig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Allgemeine Zeichen	1	2	3	4	Allgemeine Zeichen	1	2	3	4
Allgemeine Abgeschlagenheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Blasses Gesicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nervosität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schwindel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antriebsarmut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kälteempfindlichkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schnell erschöpft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kalte Hände wann?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlafstörungen genauere Beschreibung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kalte Füße wann?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Müdigkeit trotz ausreichend Schlaf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Taubheitsgefühl Hände	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verminderter Durst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Taubheitsgefühl Füße	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verminderter Appetit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Zugluft / Windempfindlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Brüchige Nägel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					Hitzeempfindlichkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					Aufsteigendes Hitzegefühl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schweißausbrüche, spontan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trockener Stuhl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					Verstopfung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hände geschwollen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dunkler Urin, konzentriert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Füße geschwollen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vermehrter Durst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schweregefühl Wo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Blutdruck niedrig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					Blutdruck hoch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Mund	1	2	3	4	Mund	1	2	3	4
Mundgeruch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zungengeschwüre (Aphten)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trockenheit im Mund	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bitterer Mundgeschmack	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zahnfleischbluten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pappiger Mundgeschmack	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lippenherpes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Geschmacksverlust welcher Geschmack? Alles?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mandelentzündungen Operation? Ja / Nein, wann?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					

Bei der Beantwortung der Fragen bedeuten:

1 = nein / nie

3= stärker / häufig

2 = leicht / gelegentlich

4= ausgeprägt, ständig, sehr oft

Atmung und Infekte	1	2	3	4	Atmung und Infekte	1	2	3	4
Infektanfälligkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Engegefühl in der Brust	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergische Beschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Druck auf der Brust	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Luftnot in Ruhe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Heiserkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Luftnot bei leichter Anstrengung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Geruchssinn schwach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Luftnot Nachts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kloßgefühl im Hals	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwitzen Nachts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nebenhöhlenentzündungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwitzen bei Anstrengung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nasenatmung behindert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					links rechts beidseits wann?				
Husten trocken bellend stark schwach (bitte markieren)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Auswurf klar weiss gelb locker zäh (bitte markieren)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haut	1	2	3	4	Haut				
Fettige, unreine Haut Lokalisation?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Narben, wo?				
Trockene Haut Lokalisation?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hautkrankheiten (Warzen, Pilz, Nagelbettentzündung, Nägel eingewachsen) Wo?				
Hautausschlag Lokalisation?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Harnwege	1	2	3	4	Harnwege	1	2	3	4
Harndrang nachts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Harnträufeln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Häufiger Harndrang tags	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Harninkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenig, dunkler Urin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Viel, heller Urin				
Männer: Prostatavergrößerung / entzündung ärztlich untersucht?					Beschwerden beim Wasserlassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Harnwegsinfekte <input type="checkbox"/> Harnröhre <input type="checkbox"/> Blase <input type="checkbox"/> Nierenbecken (bitte markieren)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Bewegungsapparat	1	2	3	4	Bewegungsapparat	1	2	3	4
Tiefsitzende Rückenschmerzen Lokalisation:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schulterschmerzen Lokalisation:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwäche der Wirbelsäule Lokalisation:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nackenschmerzen Lokalisation:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kälteempfindliche Wirbelsäule Lokalisation:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kieferstörungen Lokalisation:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Knieprobleme Lokalisation:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kopfschmerzen Lokalisation:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muskelverspannungen, Krämpfe Lokalisation:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	wann?				
Sehnenentzündungen Lokalisation:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Haarausfall Lokalisation:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bei der Beantwortung der Fragen bedeuten:

1 = nein / nie

3= stärker / häufig

2 = leicht / gelegentlich

4= ausgeprägt, ständig, sehr oft

Ohr	1	2	3	4	Ohr	1	2	3	4
Schwerhörigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gleichgewichtsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ohrgeräusche hell	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schwindel wann?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ohrgeräusche dunkel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Ohrgeräusche / Schwerhörigkeit seit wann? Welche Seite?					Ohrenschmerzen Seite?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Augen	1	2	3	4	Augen	1	2	3	4
Trockene Augen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Brennen Seite?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hilfsmittel / Linsen, Brille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					Nachtblindheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verschwommenes Sehen Seite?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Farbenblindheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Emotionalität	1	2	3	4	Emotionalität	1	2	3	4
Aufbrausend, leicht reizbar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schreckhaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Innere Unruhe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Depression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nervosität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gedrückte Stimmung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grübeln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Angstgefühle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Traurigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zähneknirschen (nachts)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Konzentrationsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Vergesslichkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Schlaf	1	2	3	4	Schlaf	1	2	3	4
Einschlafstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Herzklopfen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durchschlafstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nachtschweiss	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frühes Erwachen Uhrzeit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nachts unruhige Beine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Viele Träume	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nachts kalte Füße	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alpträume	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nachts heisse Füße	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sexuell	1	2	3	4	Soziales	1	2	3	4
Impotenz / Frigidität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wie zufrieden sind Sie mit...				
Erektionsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Partnerschaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vorzeitiger Samenerguss	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Freundeskreis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					Arbeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unfruchtbarkeit ? ärztlich untersucht?					Sich Selbst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bauch	1	2	3	4	Bauch	1	2	3	4
Stuhl weich, ungeformt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Druckgefühl Oberbauch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stuhl hart	<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"/>
Durchfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Übelkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verstopfung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aufstossen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blähungen	<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"/>
Bauchkrämpfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Erbrechen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Darmgeräusche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Organsenkung welches Organ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stuhlgang wie oft?									
Blut im Stuhl? aktuell?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hämorrhoiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schleim im Stuhl aktuell?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Krampfadern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Menstruation / Gynäkologie	1	2	3	4	Menstruation / Gynäkologie	1	2	3	4
Unregelmäßige Blutung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Verhütungsmittel, welche				
Schmerzhafte Blutung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schwangerschaft? Welche Woche ?				
Blutung stark / schwach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Menopause				
Zeitpunkt letzte Regel									
Zeitpunkt erste Regel					Klimakterische Beschwerden?				
Ausfluß: Geruch:					Gynäkologische Erkrankungen Eierstockentz., Zysten, Myome, Tumore, Geschlechtskrankheiten				
Schmerzen, Unterbauch – wann, wie ?									
Operationen, gynäkologisch					Fehlgeburten / Abort / Ausschabung				
Schmerzcharakter - Wie					Schmerzen – Wo / Wann?				
<input type="checkbox"/> dumpf <input type="checkbox"/> diffus <input type="checkbox"/> bohrend <input type="checkbox"/> stechend <input type="checkbox"/> punktuell <input type="checkbox"/> oberflächlich <input type="checkbox"/> tief									
Besserung durch: <input type="checkbox"/> Wärme <input type="checkbox"/> Trockenheit, <input type="checkbox"/> Kälte <input type="checkbox"/> Feuchtigkeit <input type="checkbox"/> besser tags, <input type="checkbox"/> in Bewegung <input type="checkbox"/> in Ruhe									
<input type="checkbox"/> Steifigkeit <input type="checkbox"/> Schweregefühl <input type="checkbox"/> Fixiert an einem Ort <input type="checkbox"/> springend									
<input type="checkbox"/> Beginn schleichend <input type="checkbox"/> Beginn plötzlich									