



DR. MED. DENT.

RHENA BUTROS

# ANAMNESEBOGEN

## MUSKEL- UND GELENKSCHMERZEN

### PATIENT

Name / Vorname

Geb.

Datum

### WAS IST DER GRUND FÜR IHREN HEUTIGEN BESUCH? WELCHES SIND IHRE HAUPTBESCHWERDEN?

### SEIT WANN HABEN SIE DIESE BESCHWERDEN?

### WAS WAR DER AUSLÖSER DIESER BESCHWERDEN?

### WODURCH WERDEN IHRE BESCHWERDEN GELINDERT?

### WODURCH WERDEN IHRE BESCHWERDEN VERSCHLIMMERT?

### BITTE KREUZEN SIE AN:

[0] = KEIN SCHMERZ

EXTREM STARKER SCHMERZ = [10]

Beeinträchtigung Ihrer alltäglichen Beschäftigung  
in den letzten 6 Monaten

[0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10]

Beeinträchtigung Ihrer Familien- und Freizeitaktivitäten  
in den letzten 6 Monaten

[0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10]

Beeinträchtigung der Verrichtung Ihrer Arbeit/  
Hausarbeit in den letzten 6 Monaten

[0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10]

Schmerzstärke in diesem Moment

[0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10]

Stärkster Schmerz in den letzten 6 Monaten

[0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10]

Durchschnittlicher Schmerz in den letzten 6 Monaten

[0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10]

### BITTE GEBEN SIE AN

An ungefähr wie vielen Tagen konnten Sie in den letzten 6 Monaten  
aufgrund Ihrer Schmerzen Ihren normalen Beschäftigungen  
(Beruf, Schule/Studium, Hausarbeit) nicht nachgehen?

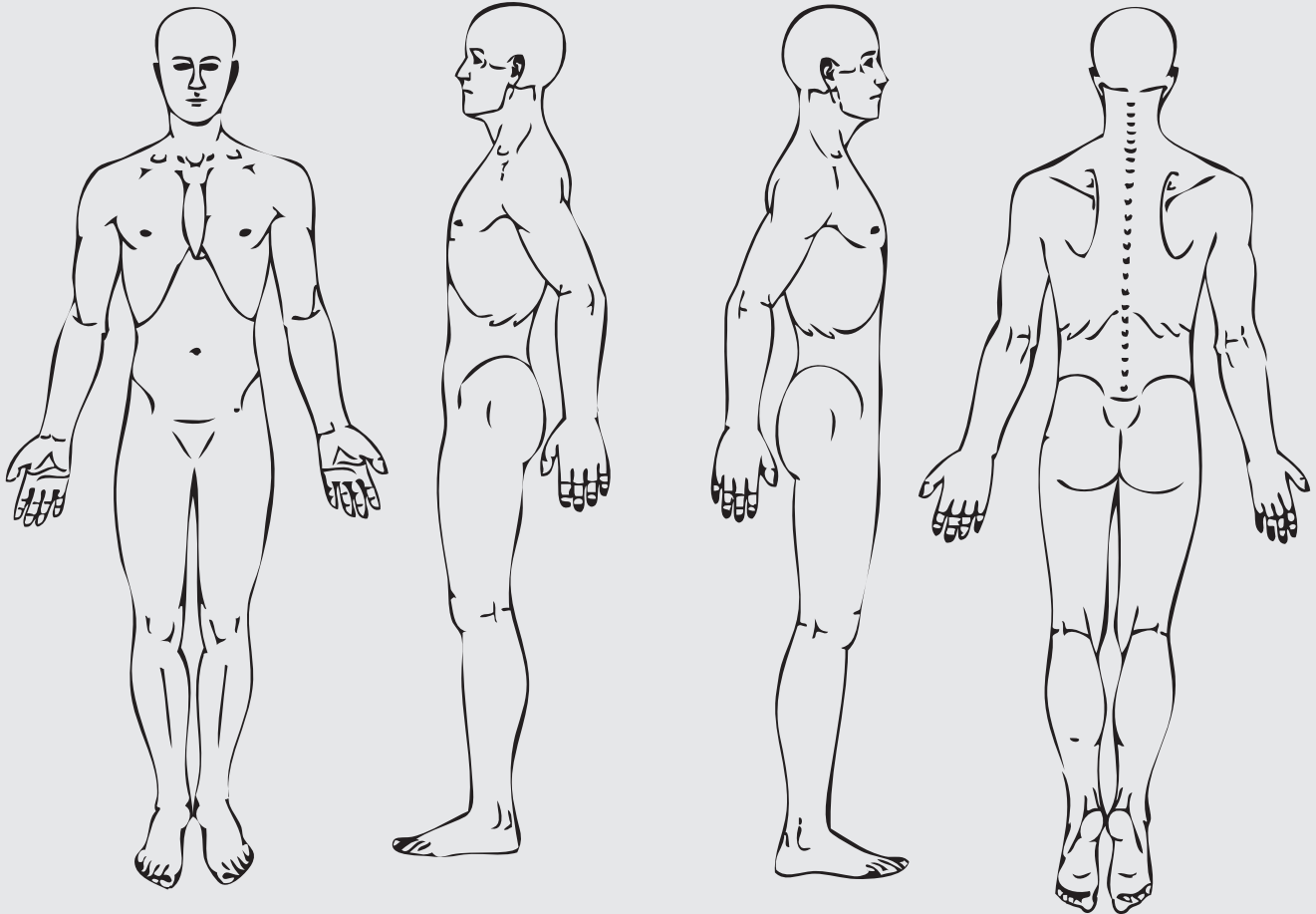
\_\_\_\_\_ Tage

### ERGEBNIS GCPS

<BITTE NICHT AUSFÜLLEN!

## SCHMERZLOKALISATION

Bitte zeichnen Sie ein, wo Sie im Körper überall Schmerzen haben! Bitte kennzeichnen Sie das ganze Schmerzgebiet durch Schraffierung mit Bleistift oder Kugelschreiber oder durch Malen mit Farbstiften oder Textmarkern!

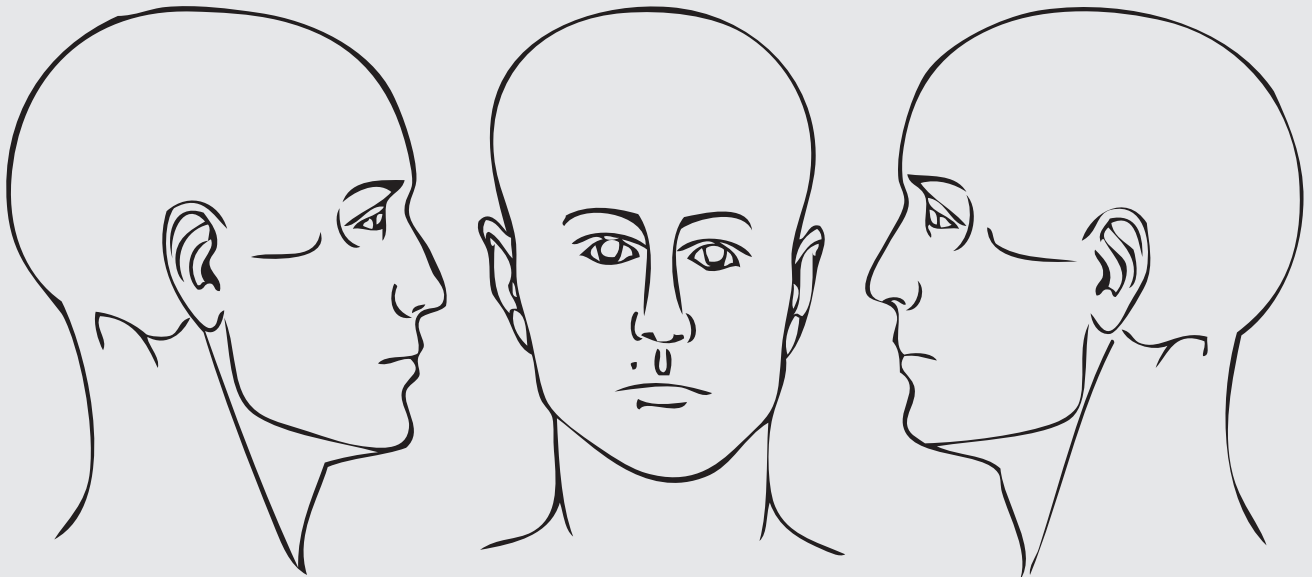


## BISHERIGE BEHANDLUNGEN (BITTE ANKREUZEN!)

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Hausarzt                       | <input type="checkbox"/> Internist                  |
| <input type="checkbox"/> Orthopäde                      | <input type="checkbox"/> Psychologe/Psychotherapeut |
| <input type="checkbox"/> Physiotherapeut/Krankengymnast | <input type="checkbox"/> Spezialklinik              |
| <input type="checkbox"/> Osteopath                      | <input type="checkbox"/> Akupunkteur                |
| <input type="checkbox"/> Chiropraktiker                 | <input type="checkbox"/> Homöopath                  |
| <input type="checkbox"/> Hals-Nasen-Ohrenarzt           | <input type="checkbox"/> Heilpraktiker              |
| <input type="checkbox"/> Neurologe                      | <input type="checkbox"/> Sonstige                   |

### SCHMERZLOKALISATION AM KOPF UND IM GESICHT

Wenn Sie Schmerzen am Kopf und/oder im Gesicht haben, zeichnen Sie bitte genau ein, wo Sie diese Schmerzen haben!



BITTE KREUZEN SIE AN:	[0] = KEIN SCHMERZ					EXTREM STARKER SCHMERZ = [10]				
Zahnschmerzen	<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"/>
Schmerzen im Kiefergelenk	<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"/>
Kaumuskelschmerzen	<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"/>
Gesichtsschmerzen	<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"/>
Schmerzen hinter den Augen	<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"/>
Ohrenschmerzen	<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"/>
Kopfschmerzen	<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"/>
Halsschmerzen	<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"/>
Nackenschmerzen	<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"/>
Schulterschmerzen	<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"/>
Ellenbogenschmerzen	<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"/>
Schmerzen in Hand oder Handgelenk	<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"/>
Schmerzen im oberen 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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schmerzen im mittleren 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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schmerzen im unteren 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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hüftgelenkschmerzen	<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"/>
Kniegelenkschmerzen	<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"/>
Schmerzen im Fuß oder im Fußgelenk	<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"/>

## SCHMERZQUALITÄT

Die folgenden Aussagen dienen der näheren Beschreibung der Qualität Ihrer Schmerzen. Bitte kreuzen Sie an, ob die Aussage „nicht zutrifft“ [= 1], „ein wenig zutrifft“ [=2], „weitgehend zutrifft“ [= 3] oder „genau zutrifft“ [= 4]!

ICH EMPFINDE MEINE SCHMERZEN ALS ...	TRIFFT NICHT ZU	TRIFFT EIN WENIG ZU	TRIFFT WEITGEHEND ZU	TRIFFT GENAU ZU
... quälend.	[0]	[1]	[2]	[4]
... grausam.	[0]	[1]	[2]	[4]
... erschöpfend.	[0]	[1]	[2]	[4]
... heftig.	[0]	[1]	[2]	[4]
... mörderisch.	[0]	[1]	[2]	[4]
... elend.	[0]	[1]	[2]	[4]
... schauerhaft.	[0]	[1]	[2]	[4]
... scheußlich.	[0]	[1]	[2]	[4]
... schwer.	[0]	[1]	[2]	[4]
... entnervend.	[0]	[1]	[2]	[4]
... marternd.	[0]	[1]	[2]	[4]
... furchtbar.	[0]	[1]	[2]	[4]
... unerträglich.	[0]	[1]	[2]	[4]
... lähmend.	[0]	[1]	[2]	[4]
... schneidend.	[0]	[1]	[2]	[4]
... klopfend.	[0]	[1]	[2]	[4]
... brennend.	[0]	[1]	[2]	[4]
... reißend.	[0]	[1]	[2]	[4]
... pochend.	[0]	[1]	[2]	[4]
... glühend.	[0]	[1]	[2]	[4]
... stechend.	[0]	[1]	[2]	[4]
... hämmernd.	[0]	[1]	[2]	[4]
... heiß.	[0]	[1]	[2]	[4]
... durchstoßend.	[0]	[1]	[2]	[4]
... dumpf.	[0]	[1]	[2]	[4]
... drückend.	[0]	[1]	[2]	[4]
... ziehend.	[0]	[1]	[2]	[4]
... pulsierend.	[0]	[1]	[2]	[4]
... bohrend.	[0]	[1]	[2]	[4]
... scharf.	[0]	[1]	[2]	[4]
... einschließend.	[0]	[1]	[2]	[4]
... ausstrahlend.	[0]	[1]	[2]	[4]
... krampfartig.	[0]	[1]	[2]	[4]

BITTE KREUZEN SIE AN:	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]	[7]	[8]	[9]	[10]
<b>OHR</b>											
Ohrgeräusche	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]	[7]	[8]	[9]	[10]
Hörminderung	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]	[7]	[8]	[9]	[10]
„belegte“ Ohren	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]	[7]	[8]	[9]	[10]
Schwindelgefühle	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]	[7]	[8]	[9]	[10]
<b>NASE</b>											
Atembeschwerden	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]	[7]	[8]	[9]	[10]
Nasennebenhöhlenentzündung	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]	[7]	[8]	[9]	[10]
Hals- und Rachenentzündungen	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]	[7]	[8]	[9]	[10]
„verstopfte“ Nase	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]	[7]	[8]	[9]	[10]
Heuschnupfen	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]	[7]	[8]	[9]	[10]
Schnarchen/Atemaussetzer	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]	[7]	[8]	[9]	[10]
<b>KOPF UND GESICHT</b>											
Benommenheit	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]	[7]	[8]	[9]	[10]
Berührungsempfindlichkeit	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]	[7]	[8]	[9]	[10]
Zittern (Augenlid, Zunge, Hände)	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]	[7]	[8]	[9]	[10]
<b>AUGEN</b>											
Sehstörungen	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]	[7]	[8]	[9]	[10]
Lichtempfindlichkeit	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]	[7]	[8]	[9]	[10]
Schielen	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]	[7]	[8]	[9]	[10]
trockene Augen	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]	[7]	[8]	[9]	[10]
Augenentzündungen	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]	[7]	[8]	[9]	[10]
<b>NACKEN UND HALS</b>											
Schluckbeschwerden	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]	[7]	[8]	[9]	[10]
Kloßgefühl im Hals	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]	[7]	[8]	[9]	[10]
Nackensteifigkeit	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]	[7]	[8]	[9]	[10]
Bandscheibenvorfall in der Halswirbelsäule	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]	[7]	[8]	[9]	[10]
<b>SCHULTER UND ARM</b>											
Beweglichkeitseinschränkung	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]	[7]	[8]	[9]	[10]
Kribbeln/Taubheitsgefühle	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]	[7]	[8]	[9]	[10]
<b>RÜCKEN</b>											
Steifheit im Rücken	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]	[7]	[8]	[9]	[10]
Kälteempfindlichkeit im Rücken	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]	[7]	[8]	[9]	[10]
Bandscheibenvorfall im Rücken	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]	[7]	[8]	[9]	[10]
<b>BECKEN UND BEINE</b>											
Schwäche der Beinmuskulatur	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]	[7]	[8]	[9]	[10]
Kribbeln/Taubheitsgefühle an den Beinen	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]	[7]	[8]	[9]	[10]

BITTE KREUZEN SIE AN:

[0] = KEIN SCHMERZ

EXTREM STARKER SCHMERZ = [10]

**STRESS**

beruflicher Stress, Sorgen, Konflikte	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]	[7]	[8]	[9]	[10]
privater/familiärer Stress, Sorgen, Konflikte	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]	[7]	[8]	[9]	[10]
starke Nervosität und Unruhe	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]	[7]	[8]	[9]	[10]
Traurigkeit und Kummer	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]	[7]	[8]	[9]	[10]
Gereiztheit	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]	[7]	[8]	[9]	[10]
deprimierte Stimmung	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]	[7]	[8]	[9]	[10]
Stimmungsschwankungen	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]	[7]	[8]	[9]	[10]
Grübeln und Sorge vor der Zukunft	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]	[7]	[8]	[9]	[10]
Ängstlichkeit	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]	[7]	[8]	[9]	[10]
Unentschlossenheit	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]	[7]	[8]	[9]	[10]
Gefühl neben sich zu stehen	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]	[7]	[8]	[9]	[10]
Gedächtnisstörungen	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]	[7]	[8]	[9]	[10]
Schlafstörungen	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]	[7]	[8]	[9]	[10]
Sehstörungen	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]	[7]	[8]	[9]	[10]
Konzentrationsstörungen	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]	[7]	[8]	[9]	[10]
Appetitlosigkeit	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]	[7]	[8]	[9]	[10]
Gewichtsverlust	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]	[7]	[8]	[9]	[10]

**ALLGEMEINE BESCHWERDEN**

allergische Reaktionen	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]	[7]	[8]	[9]	[10]
Hautausschläge oder Hautjucken	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]	[7]	[8]	[9]	[10]
Infektanfälligkeit	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]	[7]	[8]	[9]	[10]
Asthma oder chronische Bronchitis	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]	[7]	[8]	[9]	[10]
Kurzatmigkeit	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]	[7]	[8]	[9]	[10]
Herz-Kreislauf-Beschwerden	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]	[7]	[8]	[9]	[10]
Magenbeschwerden	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]	[7]	[8]	[9]	[10]
Übergewicht	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]	[7]	[8]	[9]	[10]
Bewegungsmangel	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]	[7]	[8]	[9]	[10]
Müdigkeit/Mattigkeit/Erschöpfung	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]	[7]	[8]	[9]	[10]
weicher Stuhlgang oder Durchfälle	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]	[7]	[8]	[9]	[10]
Verstopfung	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]	[7]	[8]	[9]	[10]
Blähungen	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]	[7]	[8]	[9]	[10]
Menstruationsstörungen	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]	[7]	[8]	[9]	[10]
Klimakterische Beschwerden	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]	[7]	[8]	[9]	[10]
Nieren-/Blasenbeschwerden	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]	[7]	[8]	[9]	[10]
Stoffwechselerkrankungen	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]	[7]	[8]	[9]	[10]
Hormonelle Erkrankungen	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]	[7]	[8]	[9]	[10]

**SONSTIGE BESCHWERDEN** (Tragen Sie sonstige Beschwerden hier ein!)

1.	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]	[7]	[8]	[9]	[10]
2.	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]	[7]	[8]	[9]	[10]
3.	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]	[7]	[8]	[9]	[10]
4.	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]	[7]	[8]	[9]	[10]

BITTE KREUZEN SIE AN!	NEIN	JA
Leiden Sie unter Muskelverspannungen und Beweglichkeitseinschränkungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie irgendwelche Unfälle, Verletzungen oder Operationen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie in Ihrem Beruf oder Ihrem Sport irgendwelchen besonderen körperlichen Belastungen ausgesetzt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fühlen Sie sich körperlich überfordert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fühlen Sie sich körperlich eher unterfordert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Beschwerden beim Gehen oder Stehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Üben Sie Ihren Beruf hauptsächlich im Sitzen aus?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie den Verdacht, dass mit Ihrem Bett etwas nicht stimmen könnte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tragen Sie Einlegesohlen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie irgendwelche Gelenk- oder Muskelschäden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie irgendwo in Ihrem Körper größere Narben oder Geschwüre oder sonstige Hautveränderungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie in Ihrer Arbeit oder bei Ihrem Hobby irgendwelchen Umweltbelastungen ausgesetzt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie wohnen Sie? Besteht die Möglichkeit, dass Sie in Ihrer Wohnung irgendwelchen Umweltbelastungen ausgesetzt sind?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ernähren Sie sich ungesund?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Übergewicht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bewegen Sie sich zu wenig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fühlen Sie sich oft müde und matt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlafen Sie zu wenig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erholen Sie sich wenig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie unter Allergien?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie unter chronischen Entzündungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie infektanfällig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie unter einer Stoffwechselerkrankung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie unter einer Immunerkrankung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

BITTE KREUZEN SIE AN!	NEIN	JA
Leiden Sie unter einer hormonellen Erkrankung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Stimmungsschwankungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Schlafstörungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie unter schlechtem Appetit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie nervlich nicht belastbar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie reizbar oder nervös?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neigen Sie zum Grübeln?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie deprimiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie finanzielle Sorgen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie familiäre Sorgen oder Konflikte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie mit dem Verhalten Ihres Ehepartners unzufrieden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie mit dem Verhalten Ihrer Kinder unzufrieden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie mit Ihren Wohnverhältnissen unzufrieden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Konflikte mit Ihren Nachbarn?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fühlen Sie sich einsam?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie mit Ihrem Beruf unzufrieden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie mit Ihrer beruflichen Stellung unzufrieden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie mit dem Arbeitsklima an Ihrer Arbeitsstelle unzufrieden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Macht Ihnen irgendetwas Angst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie bei Ihrer Arbeit, Ihrem Hobby oder in Ihrer Wohnung irgendwelchen Umweltbelastungen oder elektrischen Feldern ausgesetzt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nutzen Sie häufig und intensiv Ihr Handy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wohnen oder arbeiten Sie in der Nähe von Starkstromleitungen oder Sendemasten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gibt es einen bestimmten Ort, an dem sich Ihre Beschwerden deutlich verschlimmern?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hiermit versichere ich, dass alle Angaben wahrheitsgemäß sind:

--	--

Datum

Unterschrift des Patienten / Erziehungsberechtigten

Herzlichen Dank für Ihre Mühe!