

## Befunderhebung (Anamnese)

**Laborwerte, CT bzw. MRT** wenn verfügbar bitte zum vereinbarten Termin mitbringen

Lesen Sie alle Fragen genau durch und beantworten Sie sie so gut wie möglich.  
Selbstverständlich unterliegen die Angaben der beruflichen Schweigepflicht. Vielen Dank.

Bitte nachfolgende Fragen durch an  kreuzen bzw.  anklicken beantworten. Mehrfachantworten bei einer Frage sind möglich.

### Persönliche Daten

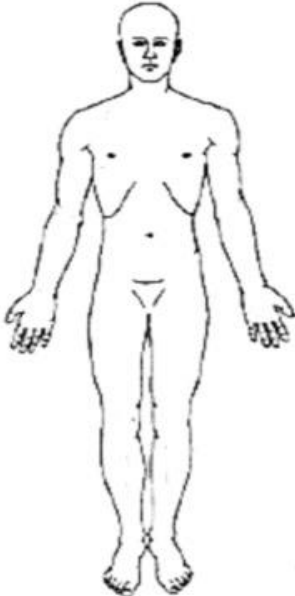
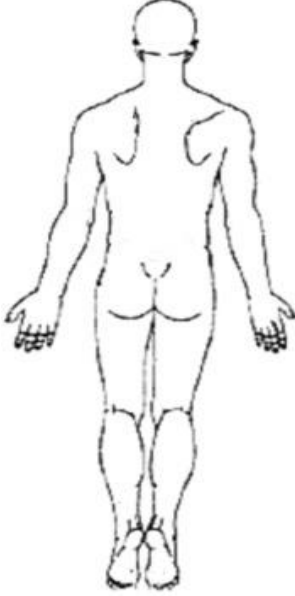
Name	
Vorname	
Geburtsdatum	
Straße / Hausnummer	
Postleitzahl / Wohnort	
Telefonnummer privat	
Telefonnummer Arbeit	
Handynummer	
E-Mail	
Hausarzt	
Beruf	
Familienstand	
Kinder	

0101 **Was ist Ihre Hauptbeschwerde?**

0102 **Bitte formulieren Sie Ihr persönliches Therapieziel**

0103 **Wie stark ist Ihre Hauptbeschwerde ausgeprägt?**



Seite 2	Hauptbeschwerde	
1000	<b>Hauptbeschwerde</b>	
1001	Seit wann besteht die Hauptbeschwerde?	
1002	Ist Ihnen ein Auslöser für die Hauptbeschwerde bekannt? (z. B. Unfall, andere Erkrankung, seelische Ursache, sonstiges)	
1003	Wann treten die Hauptbeschwerden auf? (z. B. Jahreszeit, Tageszeit, anfallsweise, immer)	
1004	Wo sind die Hauptbeschwerden lokalisiert?	
1005	Wie äußern sich die Hauptbeschwerden?	
1006	Sind Sie wegen Ihrer Hauptbeschwerde zuvor behandelt worden? Wenn ja, mit welchem Erfolg? <input type="radio"/> kein Erfolg <input type="radio"/> geringer Erfolg <input type="radio"/> guter Erfolg, anhaltend <input type="radio"/> guter Erfolg, nicht anhaltend	
1007	Falls Sie unter Schmerzen leiden geben Sie bitte die Schmerzqualität an <input type="radio"/> stechend <input type="radio"/> dumpf <input type="radio"/> drückend <input type="radio"/> brennend <input type="radio"/> messerstichartig <input type="radio"/> sonstig	
1008	Wie lange dauern die Hauptbeschwerden? <input type="radio"/> Minuten <input type="radio"/> Stunden <input type="radio"/> Tage <input type="radio"/> immer	
1009	Was sind aktuelle Auslöser für die Hauptbeschwerden? (z. B. bestimmte Nahrungsmittel, Bewegungen etc.)	
1010	Wodurch werden die Hauptbeschwerden gelindert? <input type="radio"/> Wärme <input type="radio"/> Kälte <input type="radio"/> Druck <input type="radio"/> Ruhe <input type="radio"/> Aktivität <input type="radio"/> körperliche Belastung <input type="radio"/> Sonstiges	
1011	Wodurch werden die Hauptbeschwerden verstärkt? <input type="radio"/> Wärme <input type="radio"/> Kälte <input type="radio"/> Druck <input type="radio"/> Ruhe <input type="radio"/> Aktivität <input type="radio"/> körperliche Belastung <input type="radio"/> langes Sitzen <input type="radio"/> langes Stehen <input type="radio"/> Menstruation <input type="radio"/> bestimmte Nahrungsmittel <input type="radio"/> Sonstiges	
	<b>Lokalisation</b>	
1020	<b>...Operationen...Schmerzen...Verspannung..</b>	
1021		<p>An betreffenden Stellen mit</p> <p><input type="radio"/></p> <p>= Operation</p> <p><b>S</b></p> <p>= Schmerzen</p> <p><b>V</b></p> <p>= Verspannung</p> <p>Markieren</p> <p>Akute Behinderung oder Schmerzen bei Bewegungen</p> <p><input type="radio"/> JA</p> <p><input type="radio"/> NEIN</p>
		

**Leiden Sie unter weiteren Beschwerden in folgenden Bereichen?**

1031	<b>Verdauungssystem</b>	nie	selten	öfter	immer
1032	Magen-/Oberbauchschmerzen				
1033	Schmerzen/Druckgefühl im Bereich des rechten Rippenbogens				
1034	Sodbrennen				
1035	Magenbrennen				
1036	Übelkeit				
1037	Erbrechen				
1038	Schluckauf				
1039	Gehäuftes Aufstoßen				
1040	Blähbauch				
1041	Träge Verdauung				
1042	Durchfall (flüssiger Stuhl)				
1043	Mehr als 2 Stühle pro Tag				
1044	Verstopfung (seltener als alle 3 Tage Stuhlgang)				
1045	Durchfall/Verstopfung im Wechsel				
1046	Breiiger Stuhl				
1047	Unverdaute Nahrungsbestandteile im Stuhl				
1048	Schleimiger Stuhl				
1049	Blutiger Stuhl				
1050	Bluterbrechen				

1060	<b>Atemsystem</b>	nie	selten	öfter	immer
1061	Husten mit Auswurf				
1062	Husten ohne Auswurf				
1063	Atemnot				
1064	Kurzatmigkeit				
1065	Erhöhte Schleimproduktion				
1066	Klarer Auswurf				
1067	Zäher Auswurf				
1068	Blutiger Auswurf				
1069	Rachenschmerzen				
1070	Verstopfte Nase				
1071	Laufende Nase				
1072	Probleme Nebenhöhlen				
1073	Grün/gelb-eitriges Sekret				
1074	Häufiges Niesen				
1075	Schüttelfrost				
1076	Fieber				
1077	Häufige Infekte				

Seite 4					
1080	<b>Herz-Kreislauf-System</b>	<b>nie</b>	<b>selten</b>	<b>öfter</b>	<b>immer</b>
1081	Brustschmerzen				
1082	Unregelmäßiger Herzschlag				
1083	Druckgefühl in der Brust				
1084	Schwindel				
1085	Bewusstseinsverlust				
1086	Taubheitsgefühle				
1087	Kribbeln				
1088	Hautverfärbungen				
1089	Kalte Hände				
1090	Kalte Füße				
1091	Krampfadern				
1100	<b>Urologisches System</b>	<b>nie</b>	<b>selten</b>	<b>öfter</b>	<b>immer</b>
1101	Unterbauchschmerzen				
1102	Nierenschmerzen				
1103	Schmerzen beim Wasserlassen				
1104	Vermindertes Wasserlassen				
1105	Vermehrtes Wasserlassen				
1106	Häufiger Harndrang				
1107	Wassereinlagerungen im Körper				
1108	Blut im Urin				
1110	<b>Haut</b>	<b>nie</b>	<b>selten</b>	<b>öfter</b>	<b>immer</b>
1111	Hautjucken				
1112	Hautausschläge				
1113	Hautverfärbungen				
1114	Leberflecke				
1115	Trockene Haut				
1116	Fettige Haut				
1120	<b>Weitere Beschwerden</b>	<b>nie</b>	<b>selten</b>	<b>öfter</b>	<b>immer</b>
1121	Schwäche				
1122	Kraftlosigkeit/Müdigkeit in den Beinen				
1123	Unruhe in den Beinen				
1124	Antriebslosigkeit				
1125	Innere Unruhe				
1126	Ohrensausen				
1127	Niedergeschlagenheit				
1128	Vergesslichkeit				
1129	Schlafstörungen				
1130	Spontane Schweißausbrüche				
1131	Nachtschweiß				

Seite 5					
1140	<b>Weitere Beschwerden</b>	<b>nie</b>	<b>selten</b>	<b>öfter</b>	<b>immer</b>
1141	Kloßgefühl/Enge im Hals				
1142	Schluckbeschwerden				
1143	Reizbarkeit				
1144	Grübeleien				
1145	Überempfindlichkeit gegen Kälte				
1146	Überempfindlichkeit gegen Wärme				
1147	Abneigung gegen Wind				
1148	Zittern				
1149	Gewichtszunahme				
1150	Lichtempfindlichkeit				
1151	Muskelverspannungen				
1152	Geräuschempfindlichkeit				
1153	<b>Sehstörungen</b> (Blitze, Punkte, wie Vorhang von den Seiten)				
1154	Tränenfluss				
1155	Schwellungen				
1156	Angstgefühle				
1157	Konzentrationsschwäche				
1158	Häufiges Weinen				
1159	Gesteigertes sexuelles Bedürfnis				
1140	Vermindertes sexuelles Bedürfnis				
1141	Appetitlosigkeit				
<b>Schmerzen im Bewegungsapparat</b>					
1150	<b>Schmerzen im Bewegungsapparat</b>	links	rechts	beide	
1151	Bitte eintragen 1 = leicht 2 = mittel 3 = stark 4 = sehr stark				
1152	Kopf/Gesicht				
1153	Hals/Nacken				
1154	Schulter				
1155	Oberarm				
1156	Ellenbogen				
1157	Unterarm				
1158	Handgelenk				
1159	Hand				
1160	Finger				
1161	Bauch/Brust				
1162	Rücken				
1163	Hüfte				
1164	Oberschenkel				
1165	Knie				
1166	Unterschenkel				
1167	Sprunggelenk				
1168	Fuß				
1169	Zehen				
1170	Wandernd				
<b>Haben Sie Schwierigkeiten beim</b>					
1180	<input type="radio"/> Sprechen <input type="radio"/> Stehen <input type="radio"/> Sitzen <input type="radio"/> Gehen <input type="radio"/> vom Bett aufstehen <input type="radio"/> Arme Strecken <input type="radio"/> Kopf drehen				

Seite 6	
1190	<b>Hatten Sie eine schwerwiegende Erkrankung aus einem der folgenden Bereiche? Wenn ja, dann bitte Jahr und genaue Angaben.</b>
1191	<b>Herzerkrankungen</b> (z. B. Angina pectoris, Herzinfarkt, Rhythmusstörungen, Atemnot bei körperlicher Belastung, Schwellungen der Beine, nächtliches Wasserlassen)
1192	<b>Kreislaufenerkrankungen</b> (z. B. Hochdruck, Unterdruck, Schlaganfall, Durchblutungsstörungen, Arterienverkalkung)
1193	<b>Bösartige Erkrankungen/Tumoren</b>
1194	<b>Anfallsleiden (Epilepsie), Nervenleiden, Gemütererkrankungen</b>
1195	<b>Stoffwechselerkrankungen</b> (z. B. Diabetes, Gicht, Erhöhung der Blutfettwerte, Leber- und Bauchspeicheldrüsenerkrankungen, Schilddrüsen- und andere Hormonerkrankungen)
1196	<b>Lungenerkrankungen</b> (z. B. chronischer Husten, Asthma, Lungentuberkulose, Lungenentzündung)
1197	<b>Magen-Darm- und Enddarmenerkrankungen</b> (z. B. Entzündungen, Geschwüre, Blutungen)
1198	<b>Harnwegserkrankungen</b> (z. B. Entzündungen, Steine, Blutungen, Störungen beim Wasserlassen)
1199	<b>Gallenleiden</b> (z. B. Entzündungen, Steine)
1200	<b>Unterleibserkrankungen</b> (Gebärmutter, Eierstöcke), Erkrankungen der Geschlechtsorgane (Prostata, Hoden, Penis, Scheide, Schamlippen), Störungen beim Geschlechtsverkehr, Regelstörungen)
1201	<b>Unverträglichkeiten, Allergien</b> (z. B. auf Pflaster, Lebensmittel, Wasch-/Putzmittel, Blütenstaub, Hausstaub, Medikamente)
1210	<b>Wie ist die Funktion Ihrer Sinnesorgane?</b>
1211	<b>Sehkraft</b> <input type="radio"/> sehr gut <input type="radio"/> gut <input type="radio"/> normal <input type="radio"/> eingeschränkt <input type="radio"/> stark eingeschränkt
1212	<b>Gehör</b> <input type="radio"/> sehr gut <input type="radio"/> gut <input type="radio"/> normal <input type="radio"/> eingeschränkt <input type="radio"/> stark eingeschränkt
1213	<b>Geruchssinn</b> <input type="radio"/> sehr gut <input type="radio"/> gut <input type="radio"/> normal <input type="radio"/> eingeschränkt <input type="radio"/> stark eingeschränkt
1214	<b>Geschmacksinn</b> <input type="radio"/> sehr gut <input type="radio"/> gut <input type="radio"/> normal <input type="radio"/> eingeschränkt <input type="radio"/> stark eingeschränkt
1215	<b>Tastsinn</b> <input type="radio"/> sehr gut <input type="radio"/> gut <input type="radio"/> normal <input type="radio"/> eingeschränkt <input type="radio"/> stark eingeschränkt
1220	<b>Fühlen Sie sich leistungsfähig?</b> <input type="radio"/> sehr <input type="radio"/> wenig <input type="radio"/> eingeschränkt <input type="radio"/> überhaupt nicht
1221	<b>Wann ist Ihr Tiefpunkt?</b> <input type="radio"/> morgens <input type="radio"/> nach dem Essen <input type="radio"/> nachmittags <input type="radio"/> abends    Uhrzeit
1222	<b>Wann ist Ihre beste Tageszeit?</b> <input type="radio"/> morgens <input type="radio"/> nachmittags <input type="radio"/> abends    Uhrzeit
1223	<b>Haben Sie früher über einen längeren Zeitraum Medikamente (auch Antibiotika, Pille, Hormonpräparate) eingenommen? Wenn ja, welche und wann?</b>

Seite 7	
1230	<b>Hatten Sie Unfälle/schwere Stürze? Wenn ja, welche?</b>
1240	<b>Sind in Ihrer Familie folgende Krankheiten bekannt?</b>
1242	<b>Hoher Blutdruck, Schlaganfall</b> <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> Vater <input type="radio"/> Mutter <input type="radio"/> Großeltern <input type="radio"/> Kinder <input type="radio"/> andere bei
1243	<b>Herzinfarkt</b> <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> Vater <input type="radio"/> Mutter <input type="radio"/> Großeltern <input type="radio"/> Kinder <input type="radio"/> andere bei
1244	<b>Übergewicht</b> <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> Vater <input type="radio"/> Mutter <input type="radio"/> Großeltern <input type="radio"/> Kinder <input type="radio"/> andere bei
1245	<b>Diabetes</b> <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> Vater <input type="radio"/> Mutter <input type="radio"/> Großeltern <input type="radio"/> Kinder <input type="radio"/> andere bei
1246	<b>Gicht</b> <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> Vater <input type="radio"/> Mutter <input type="radio"/> Großeltern <input type="radio"/> Kinder <input type="radio"/> andere bei
1247	<b>Nerven-, Gemüts-, Geisteskrankheiten</b> <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> Vater <input type="radio"/> Mutter <input type="radio"/> Großeltern <input type="radio"/> Kinder <input type="radio"/> andere bei
1248	<b>Epilepsie</b> <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> Vater <input type="radio"/> Mutter <input type="radio"/> Großeltern <input type="radio"/> Kinder <input type="radio"/> andere bei
1249	<b>Tuberkulose</b> <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> Vater <input type="radio"/> Mutter <input type="radio"/> Großeltern <input type="radio"/> Kinder <input type="radio"/> andere bei
1250	<b>Gallen-, Nieren-, Blasensteine</b> <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> Vater <input type="radio"/> Mutter <input type="radio"/> Großeltern <input type="radio"/> Kinder <input type="radio"/> andere bei
1251	<b>Krebs</b> <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> Vater <input type="radio"/> Mutter <input type="radio"/> Großeltern <input type="radio"/> Kinder <input type="radio"/> andere bei
1260	<b>...Beruf... Beschäftigung... Arbeitsplatz...</b>
1261	<b>Tätigkeit</b> als _____  <input type="radio"/> angestellt <input type="radio"/> selbständig <input type="radio"/> arbeitslos <input type="radio"/> Krankenstand <input type="radio"/> berentet <input type="radio"/> Kündigungsphase <input type="radio"/> keine <input type="radio"/> Sie haben mehrere Arbeitsstellen <input type="radio"/> Arbeitsstunden wöchentlich:
1262	<b>Arbeitsaufgaben</b> <input type="radio"/> machen Freude <input type="radio"/> werden erledigt <input type="radio"/> erzeugen Unwohlsein
1263	<b>Stressbelastung</b> <input type="radio"/> normal <input type="radio"/> wechselnd <input type="radio"/> stark
1264	<b>Jobangst</b> <input type="radio"/> keine <input type="radio"/> manchmal <input type="radio"/> häufig
1265	<b>Verhältnis zu Kollegen/Mitarbeiter</b> <input type="radio"/> gut <input type="radio"/> normal <input type="radio"/> belastend
1266	<b>Verhältnis zu Vorgesetzten</b> <input type="radio"/> gut <input type="radio"/> normal <input type="radio"/> belastend
1267	<b>Tätigkeit ist</b> <input type="radio"/> sitzend <input type="radio"/> stehend <input type="radio"/> in Bewegung <input type="radio"/> abwechselnd
1268	<b>Arbeitserledigung</b> <input type="radio"/> im Team <input type="radio"/> alleine <input type="radio"/> eigenständig <input type="radio"/> Vorgaben

Seite 8		
1270	.....Familie.....Haushalt..... Privat .....	
1271	Wohnung/Haushalt <input type="radio"/> Single <input type="radio"/> Ehe-/Partner <input type="radio"/> Ehe-Partner/Kind(er) <input type="radio"/> Kind(er) <input type="radio"/> andere	
1272	Wohnraumsituation <input type="radio"/> passend <input type="radio"/> erträglich <input type="radio"/> widrig	
1273	Nachbarschaftsbeziehung vorwiegend <input type="radio"/> gut <input type="radio"/> normal <input type="radio"/> störend	
1274	Verwandschaftsbeziehung vorwiegend <input type="radio"/> gut <input type="radio"/> normal <input type="radio"/> störend	
1275	Ehe-/Partnerbeziehung überwiegend <input type="radio"/> angenehm <input type="radio"/> akzeptabel <input type="radio"/> belastend	
1276	Beziehung zu Kind(er) überwiegend <input type="radio"/> angenehm <input type="radio"/> akzeptabel <input type="radio"/> belastend	
1277	Haustier(e) <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> Art	
1278	Materielle Stellung <input type="radio"/> erfreulich <input type="radio"/> bescheiden <input type="radio"/> ungesichert	
1280	.....Nahrung..... Gewohnheiten..... Schlaf.....	
1281	Ernähren Sie sich regelmäßig? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	
1282	Wie viele Mahlzeiten (inkl. Snacks) täglich?	
1283	Ernährung vorzugsweise <input type="radio"/> Fleisch <input type="radio"/> Milchprodukte <input type="radio"/> Fisch <input type="radio"/> Eier <input type="radio"/> Fertigprodukte <input type="radio"/> Mehlprodukte <input type="radio"/> Vollkorn <input type="radio"/> Gemüse <input type="radio"/> Obst	
1284	Süßigkeiten/Salzgebäck <input type="radio"/> ja täglich <input type="radio"/> ja gelegentlich <input type="radio"/> bis 50g <input type="radio"/> über 50g	
1285	Beschreibung typisches Essverhalten (Frühstück, Mittagessen, Abendessen, Zwischenmahlzeiten, Snacks, Getränke)	
1286	Bevorzogter Geschmack <input type="radio"/> süß <input type="radio"/> sauer <input type="radio"/> salzig <input type="radio"/> scharf <input type="radio"/> bitter	
1287	Unabhängig von der Witterung und ob Sie selber zubereiten müssen: Bevorzugen Sie eher warme oder kalte Mahlzeiten oder Getränke?	<input type="radio"/> warm <input type="radio"/> kalt
1288	Wer bereitet Ihre Mahlzeiten zu?	
1289	<input type="radio"/> selbst zubereitet <input type="radio"/> Familienangehöriger <input type="radio"/> Kantine/Restaurant <input type="radio"/> Schnellimbiss	
1290	Zigarettenkonsum <input type="radio"/> täglich <input type="radio"/> bis 10 <input type="radio"/> mehr <input type="radio"/> früher	
1291	Alkoholgenuss <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> täglich <input type="radio"/> Wein <input type="radio"/> Bier <input type="radio"/> Spirituosen	
1292	Drogen (LSD, Speed, Haschisch, Morphin) <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja welche	
1293	Medienkonsum täglich bis zu <input type="radio"/> 1 Std. <input type="radio"/> 2 Std. <input type="radio"/> 3 Std. <input type="radio"/> mehr	
1294	Schlafzeit überwiegend <input type="radio"/> bis 6 Std. <input type="radio"/> bis 8 Std. <input type="radio"/> mehr	
1295	Bettgehzeit überwiegend <input type="radio"/> vor 22h. <input type="radio"/> nach 23h <input type="radio"/> Schichtarbeit	
1296	Schlafqualität <input type="radio"/> gut <input type="radio"/> schlecht einschlafen <input type="radio"/> nicht durchschlafen	
1297	Schlafmittel <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> manchmal <input type="radio"/> keine	
1298	Im Bett wird <input type="radio"/> gelesen <input type="radio"/> Musik gehört <input type="radio"/> fern geschaut	
1299	Schnarchen <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> manchmal <input type="radio"/> immer <input type="radio"/> Seitenlage <input type="radio"/> Rückenlage	
1280	Regenerationsqualität <input type="radio"/> morgens gut erholt. <input type="radio"/> Startschwierigkeiten <input type="radio"/> kraftlos	



Seite 9	
1300	<b>.....Gefühl..... Empfindungen.... Einschätzung.....</b>
1301	<b>Mental belastbar</b> <input type="radio"/> stark <input type="radio"/> manchmal <input type="radio"/> fast nie
1302	<b>Jetzige Lebenssituation</b> ist <input type="radio"/> entspannt <input type="radio"/> schwankend <input type="radio"/> bedrohlich
1303	<b>Mein Aussehen</b> <input type="radio"/> gefällt mir <input type="radio"/> akzeptiere ich <input type="radio"/> gefällt mir nicht
1304	<b>Zukunftssorgen</b> <input type="radio"/> keine <input type="radio"/> manchmal <input type="radio"/> meistens
1305 1306	<b>Derzeit bin ich</b> <input type="radio"/> zuversichtlich <input type="radio"/> ängstlich <input type="radio"/> verletzt <input type="radio"/> mutlos
1307	<b>Derzeit fühle ich mich</b> <input type="radio"/> eingeengt <input type="radio"/> schwer <input type="radio"/> einsam <input type="radio"/> unverstanden <input type="radio"/> kränzlich <input type="radio"/> unwohl <input type="radio"/> frei <input type="radio"/> leicht <input type="radio"/> entspannt <input type="radio"/> vital <input type="radio"/> sicher
1308	<b>Derzeit eine besondere Belastung</b> <input type="radio"/> beruflich <input type="radio"/> privat
1309	<b>Sexualität</b> <input type="radio"/> ausgeglichen <input type="radio"/> gesteigert <input type="radio"/> vermindert <input type="radio"/> keine Aktivität <input type="radio"/> belastend <input type="radio"/> befreiend <input type="radio"/> schmerzhaft <input type="radio"/> ablehnend <input type="radio"/> unerfüllt <input type="radio"/> anstrengend
1300	<b>Traumatische Erfahrung</b> <input type="radio"/> kürzlich <input type="radio"/> letzten 5 Jahre <input type="radio"/> länger/Kindheit
1302	<b>Trauma Ereignis</b> <input type="radio"/> Tod <input type="radio"/> Unfall <input type="radio"/> Trennung <input type="radio"/> Gewalt <input type="radio"/> Arbeitsverlust <input type="radio"/> Missbrauch
1310	<b>.... Aktivitäten....Gesundheit.....Belastung....</b>
1311	<b>Aktivität für Gesundheit</b> <input type="radio"/> regelmäßig <input type="radio"/> manchmal <input type="radio"/> fast nie
1312	<b>Zeit für persönlichen Ausgleich</b> <input type="radio"/> regelmäßig <input type="radio"/> manchmal <input type="radio"/> fast nie
1313	<b>Entsprechend dem Alter belastungsfähig</b> <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> manchmal <input type="radio"/> nein
1320	<b>....Freizeit....Interessen....Bewegung.....</b>
1321	<b>Freizeitbewegung</b> <input type="radio"/> regelmäßig <input type="radio"/> gelegentlich <input type="radio"/> fast nie
1322	<b>Freizeitgestaltung</b> <input type="radio"/> in Räumen <input type="radio"/> im Freien <input type="radio"/> in Gesellschaft <input type="radio"/> alleine
1323	<b>Welches Hobby/welchen Sport betreiben Sie?</b>
1324	<b>Interessen</b> <input type="radio"/> etliche <input type="radio"/> keine Bestimmten <input type="radio"/> wenig
<b>.....Selbsteinschätzung.....</b>	
1330	
1331	<b>Fitness</b> <input type="radio"/> 😄 <input type="radio"/> 😊 <input type="radio"/> 😊 <input type="radio"/> 😊 <input type="radio"/> 😞 <input type="radio"/> 😞 <input type="radio"/> 😞
1332	<b>Gesundheit</b> <input type="radio"/> 😄 <input type="radio"/> 😊 <input type="radio"/> 😊 <input type="radio"/> 😊 <input type="radio"/> 😞 <input type="radio"/> 😞 <input type="radio"/> 😞
1333	<b>Psyche</b> <input type="radio"/> 😄 <input type="radio"/> 😊 <input type="radio"/> 😊 <input type="radio"/> 😊 <input type="radio"/> 😞 <input type="radio"/> 😞 <input type="radio"/> 😞
1334	<b>Wo liegen Ihre Stärken?</b>
1335	

Seite 10					
1340	<b>.....Anspannung..... Entspannung.....Energie...</b>				
1341	<b>Erholung gelingt</b> <input type="radio"/> gut <input type="radio"/> manchmal <input type="radio"/> kaum				
1342	<b>Entspannen gelingt</b> <input type="radio"/> gut <input type="radio"/> manchmal <input type="radio"/> schwer <input type="radio"/> fast nie				
1343	<b>Energie</b> <input type="radio"/> viel <input type="radio"/> ausreichend <input type="radio"/> wenig				
1344	<b>Wo finden Sie Zufriedenheit und Entspannung</b> <input type="radio"/> Familie <input type="radio"/> Angehörige <input type="radio"/> Arbeit <input type="radio"/> Sport <input type="radio"/> Essen				
.....					
1350	<b>...aktuelle Beschwerden....Krankheiten...</b>				
.....					
1351	<input checked="" type="radio"/> ankreuzen bei <b>akut</b> oder <input type="radio"/> unterstreichen bei <b>ausgeheilt</b> <input type="radio"/> Allergien <input type="radio"/> Herz/Kreislauf <input type="radio"/> Nerven <input type="radio"/> Geschlechtsorgane <input type="radio"/> Psyche <input type="radio"/> Asthma <input type="radio"/> Lunge/Bronchien <input type="radio"/> Schilddrüse <input type="radio"/> Gehör <input type="radio"/> Migräne <input type="radio"/> Stoffwechsel <input type="radio"/> Leber/Gallenblase <input type="radio"/> Muskel/Knochen <input type="radio"/> Augen <input type="radio"/> Blut <input type="radio"/> Blutdruck <input type="radio"/> Niere/Harnwege <input type="radio"/> Haut <input type="radio"/> Sprache <input type="radio"/> Zähne <input type="radio"/> Diabetes <input type="radio"/> Magen/Darm <input type="radio"/> Tastsinn <input type="radio"/> Immunsystem <input type="radio"/> Kopf <input type="radio"/> Infektion <input type="radio"/> Verdauung <input type="radio"/> Gleichgewicht <input type="radio"/> Lymphsystem <input type="radio"/> Tumor <input type="radio"/> Hormone <input type="radio"/> Bandscheiben <input type="radio"/> Wirbelsäule <input type="radio"/> Blutgefäße <input type="radio"/> Gelenke				
.....					
1360	<b>...Mangelscheinungen...Verdauung...Körpertemperatur...</b>				
1361	<b>Mangel an</b> <input type="radio"/> Vitaminen <input type="radio"/> Spurenelementen <input type="radio"/> Mineralien				
1362	<b>Stuhlgang</b> <input type="radio"/> täglich <input type="radio"/> alle 2-3 Tage <input type="radio"/> Verstopfung <input type="radio"/> Durchfall <input type="radio"/> weich <input type="radio"/> fest <input type="radio"/> sehr hart <input type="radio"/> flüssig <input type="radio"/> schmerzhaft <input type="radio"/> blutig <input type="radio"/> klumpig <input type="radio"/> schwarz <input type="radio"/> hell <input type="radio"/> pressen				
1363	<b>Körpertemperaturempfindung</b> <input type="radio"/> eher warm <input type="radio"/> eher kalt <input type="radio"/> kalt/warm wechselnd				
1364	<b>Schwitzen</b> <input type="radio"/> bei geringer Anstrengung <input type="radio"/> im Schlaf <input type="radio"/> manchmal <input type="radio"/> immer				
1365	<b>Schwindel</b> <input type="radio"/> morgens <input type="radio"/> Körper beugen/aufrichten				
1366	<b>Taubheit/Kribbeln</b> <input type="radio"/> Hände <input type="radio"/> Beine <input type="radio"/> Arm <input type="radio"/> nachts <input type="radio"/> manchmal <input type="radio"/> immer				
1370	<b>....Medikamente....Präparate.....Verträglichkeit...</b>				
1371	<b>Einnahme Medikamente</b> <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> selten <input type="radio"/> ständig				
1372 1373	<b>Medikamentenwirkung</b> <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> gut <input type="radio"/> manchmal <input type="radio"/> Nebenwirkungen				
1374	<b>Einnahme Präparate/Nahrungsergänzung</b> <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> ständig <input type="radio"/> selten				
1375	<b>Wirkung Präparate/Nahrungsergänzung</b> <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> gut <input type="radio"/> Nebenwirkungen				
.....					
1377	<b>Gehen Sie mind. 2 x im Jahr zum Zahnarzt?</b>				
1378	<b>Haben Sie Amalgamfüllungen?</b> <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja				
1379	<b>Hatten Sie Vorsorgeuntersuchungen?</b> <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja				
1370	wenn ja, wann/welche?				
1371	Wenn ja, welche Diagnosen?				
1380	<b>...Therapien...Behandlungen...</b>				
1381	<b>Derzeit in Behandlung</b> <input type="radio"/> Facharzt <input type="radio"/> Therapie <input type="radio"/> Reha <input type="radio"/> Heilpraktiker(in)				