Stoffwechslezentrum Ina Brasch
med. geprüfte Ernährungsberaterin
Stoffwechsel- & Mikronährsoffberaterin

Hebelstr. 3a | 76669 Bad Schönborn
Mobil +49 152-052 834 55
mail@semjia.de | www.semjia.de

Analysebogen Metabolismus

Liebe Klientin, lieber Klient,

ich freue mich, Sie in meiner Praxis begrüßen zu dürfen. Um Sie Erfolgreich beraten und ein Profil erstellen zu können, muss ich Sie bestmöglich kennen lernen. Dabei ist die Kenntnis ihrer Krankengeschichte sehr wichtig. Bitte beantworten Sie deshalb folgende Fragen so gut wie möglich. Die Angaben sind natürlich freiwillig und unterliegen meiner Schweigepflicht. Sie dient ausschließlich dazu, meine Beratung Ihren Bedürfnissen und Gesundheitszustand anzupassen.

Bitte füllen Sie den Fragebogen daher so gut wie möglich aus und schicken Sie ihn mir VOR Ihrem Termin per Mail oder auch per Post zu. Bitte bringen Sie, falls vorhanden, Ergebnisse der letzten Blutuntersuchung (in Kopie) mit.

Vielen Dank!
Ihre Ina Brasch

Name	Geburtsdatum
Vorname	
Straße	Handy
PLZ | Ort	Telefon
Email	
Erlernter Beruf	
Jetziger Beruf	Arbeitsstelle

1. **Familienstand**
   - ❍ ledig, allein lebend ohne feste Beziehung
   - ❍ ledig, allein lebend in einer festen Beziehung
   - ❍ ledig, nicht allein lebend
   - ❍ Verheiratet
   - ❍ verwitwet, geschieden und sonstiges
   - ❍ Sonstiges:

2. **Derzeitige Berufstätigkeit**
   - ❍ ganztags erwerbstätig
   - ❍ halbtags erwerbstätig
   - ❍ Hausfrau / -mann
   - ❍ Rentner(in)
   - ❍ Schüler(in) / Student(in) / in Ausbildung
   - ❍ z. Zt. Arbeitslos

Daten zur Person

1. **Größe** ☐ cm

2. **Derzeitiges Gewicht** ☐ kg **BMI** ☐
   Wird vom Berater ausgefüllt

3. **Alter** ☐ Jahre

4. **Geschlecht**
   weiblich ☐
   männlich ☐

5. **Niedrigstes (Erwachsenen-) Gewicht** ☐ kg
   Das war vor ☐ < 1 Jahr
   ☐ 2-4 Jahren
   ☐ > 5 Jahren

   höchstes (Erwachsenen-) Gewicht ☐ kg
   Das war vor ☐ < 1 Jahr
   ☐ 2-4 Jahren
   ☐ > 5 Jahren

6. **Mein Wunschgewicht liegt bei** ☐ kg

7. **Ich bin aber auch zufrieden, wenn ich folgendes Gewicht erreiche** ☐ kg

Analyse des Essverhaltens

8. **Bitte kreuzen Sie an, inwieweit folgende Aussagen auf Ihr Essverhalten zu treffen.**

Trifft zu

- ❍ Wenn große Portionen auf dem Tisch stehen oder ich in Gesellschaft bin, esse ich mehr
- ❍ Ich setze mir eine Kalorienmenge als Grenze und höre mit dem Essen auf, wenn ich sie erreicht habe.
- ❍ Ablehnung durch andere Menschen gleiche ich durch Essen aus.
- ❍ Wenn ich mich einsam fühle oder traurig bin, tröste ich mich mit Essen.
- ❍ Obwohl ich schon satt bin, esse ich manchmal weiter.
- ❍ Wenn ich schmackhafte Dinge sehe, bekomme ich Appetit und fange an zu essen.
- ❍ Um mein Gewicht zu kontrollieren, zähle ich Kalorien.
- ❍ Wenn ich mich ärgere, esse ich mehr als gewöhnlich.
- ❍ Ich esse nur so viel, wie ich mir vornehme.
- ❍ Ich beende meine Mahlzeit oft bevor ich satt bin.
- ❍ Werde ich kritisiert, esse ich mehr.
- ❍ Ich teile Lebensmittel nach ihrem Kalorien- und Fettgehalt in erlaubt und unerlaubt ein.
- ❍ Sobald ich etwas zu Essen rieche, bekomme ich Appetit.
- ❍ Wenn ich einmal angefangen habe zu essen, ist es manchmal schwer, wieder damit aufzuhören.
- ❍ Wenn ich nervös bin, muss ich mich durch Essen beruhigen.
- ❍ Oft habe ich ein so starkes Hungergefühl, dass ich einfach etwas essen muss.

9. **Wie beurteilen Sie Ihren Gewichtsstatus?**

- ❍ Ich habe Übergewicht
- ❍ Ich habe Untergewicht
- ❍ Ich wiege genau richtig *bitte weiter mit Frage 14*

10. Bitte beurteilen Sie, wieweit Ihr Über- /Untergewicht Sie belastet

- ❍ Ich bin wegen meines Gewichts schon oft in Verzweiflung geraten.
- ❍ Viele meiner Ziele kann ich wegen meines Gewichts nicht erreichen.
- ❍ Aufgrund meines Gewichts finde ich schwer Kontakt zu anderen.
- ❍ An vielen interessanten Aktivitäten kann ich aufgrund meines Gewichts nicht teilnehmen.
- ❍ Ich bin häufig niedergeschlagen wegen meines hohen/niedrigen Gewichts.
- ❍ Hätte ich nicht so viele Probleme mit meinem Gewicht, könnte ich es viel weiter bringen.

11. Welcher der folgenden Aussagen können Sie zustimmen

- ❍ Ich esse häufig den ganzen Tag kaum etwas, dafür schlage ich beim Abendessen richtig zu.
- ❍ In Gegenwart anderer esse ich meist sehr wenig. Dafür stopfe ich mich voll, sobald ich alleine bin.
- ❍ Ich esse öfters auch nebenbei, z.B. beim Lesen, fernsehen, Computer.
- ❍ Ich habe schon mal daran gedacht, nach dem Essen zu erbrechen.
- ❍ Während dem Essen denke ich oft an den Kaloriengehalt und bekommen dann Schuldgefühle.
- ❍ Manchmal stehe ich mitten in der Nacht auf, um etwas zu essen.
- ❍ Meistens esse ich mehr als dreimal am Tag.

12. Kennen Sie Essanfälle, bei denen Sie mit dem Essen nicht mehr aufhören können?

- ❍ ja, kommt häufiger vor
- ❍ ja, aber passiert selten
- ❍ nein *weiter mit Frage 14*

→ Wenn ja, welche Aussagen charakterisieren Ihren Heißhunger

- ❍ Ich fühle mich während des Essens fremdgesteuert.
- ❍ Es kommt phasenweise häufiger als einmal in der Woche vor.
- ❍ Nach so einem Essanfall mache ich mir schwere Selbstvorwürfe.
- ❍ Es kommt vor, dass ich danach erbreche.
- ❍ Ich kaufe extra dafür ein.
- ❍ Ich achte darauf, dass ich dann alleine und ungestört bin.
- ❍ Aus Angst zuzunehmen, nehme ich Abführmittel.
- ❍ Ich habe diese Essanfälle heimlich. Keiner weiß davon.

13. Wie häufig haben Sie bereits Schlankheitsdiäten durchgeführt?

- ❍ noch nie
- ❍ 1 – 5 mal
- ❍ 6 – 9 mal
- ❍ > 10 mal
- ❍ regelmäßig (mind. 2x jährlich)
- ❍ halte ständig Diät

14. Bitte vervollständigen Sie den Satz:

„Essen ist .....“

„Wenn ich an Essen denke, fühle ich mich .....“

„Wenn ich mich im Spiegel betrachte, <u>denke ich</u> .....“

„Wenn ich mich im Spiegel betrachte, <u>fühle ich mich</u> .....“

„Um erfolgreich mein Gewicht erreichen/halten zu können, muss ich .....sein.“

„Sport ist .....“

„Mikronährstoffe sind .....“

„Disziplin ist .....“

„Wasser ist für mich .....“

15. <u>Stellen Sie sich eine Welt ohne Konsequenzen vor, Sie müssten keinerlei Folgen befürchten...</u>
<u>WAS</u> würden Sie am liebsten essen?

.....

<u>WANN und WIE</u> würden Sie am liebsten essen?

.....

16. Was ist Ihre größte Sorge *NICHT* zu schaffen?

.....

Blutzucker: Ess- und Trinkgewohnheiten

Bewerten Sie die verschiedenen Symptome von **0 bis 2** ***(0 = keine, 1 = weniger stark, 2 = sehr stark)***

Blutzucker

_____ Hoher Konsum von süßen Nahrungsmitteln wie Zucker, Schokolade, Süßigkeiten, Cornflakes, Coca-Cola, zuckerhaltigen Erfrischungsgetränken, Ketchup und anderen Lebensmittel mit versteckten Zuckergehalt.

_____ Hoher Konsum von Stärke, insbesondere Weißbrot, Brötchen, Cracker, Toastbrot, Pommes Fritz und Kartoffelchips

_____ Heißhunger auf die oben genannten Lebensmittel, aber in der Lage, dem Verlangen zu widerstehen

_____ Hoher Bedarf an Koffein und Energie Drinks. Täglich mehr als 6 Tassen Kaffee oder Schwarztee.

_____ Alkoholismus oder Neigung dazu

_____ Große Abhängigkeit von Tabak/Nikotin

_____ Hungergefühl direkt nach dem Essen

Bewertung Blutzucker
Wird vom Berater ausgefüllt: [ ]

Insulinresistenz

Insulinresistenz

- O Müdigkeit und Energielosigkeit
- O Konzentrationsprobleme
- O Das Gefühl, Watte im Kopf zu haben oder sich unter einer Glasglocke zu befinden
- O Unerklärliche Stimmungsschwankungen
- O Ein Gefühl der Hoffnungslosigkeit und eventuell sogar Depression
- O Übelkeit oder Ohnmachtsanfälle
- O Kopfschmerzen oder Migräne
- O Innere Unruhe
- O Angespannte Muskulatur oder Krämpfe
- O Reizbarkeit und Unbeherrschtheit
- O Herzrasen
- O Kalte Schweißausbrüche
- O Reduzierte oder mangelnde Libido (Frigidität/Impotenz)
- O Gewichtszunahme oder Gewichtsverlust
- O Neigung zu blauen Flecken
- O Empfindlichkeit im Bereich der Bauchspeicheldrüse in der Bauchregion unterhalb der unteren linken Rippe
- O Beeinträchtigtes Immunsystem
- O Metabolisches Syndrom (Apfelförmiger Körper - stammfettsucht, erhöhter Cholesterinspiegel, Bluthochdruck)

Bewertung Insulinresistenz
Wird vom Berater ausgefüllt: [ ]

Stoffwechslezentrum Ina Brasch
med. geprüfte Ernährungsberaterin
Stoffwechsel- & Mikronährsoffberaterin

Hebelstr. 3a | 76669 Bad Schönborn
Mobil +49 152-052 834 55
mail@semjia.de | www.semjia.de

Mitochondrien-Syndrom

Welche Sätze treffen auf Sie zu?

Mito-S

- O Nach Kohlenhydratreichen Mahlzeiten falle ich in ein „Fress-Koma“ (Starke Müdigkeit nach dem Mittagessen).
- O Ich habe oft (Heiß-) Hunger auf: ❍ Pizza, Nudel, Brot ❍ Schokolade ❍Gummibärchen ❍ Deftigem (z.B. Gewürzgurken, Fleisch usw)
- O Ich fühle mich oft müde und Erschöpft.
- O Ich habe Einschlafschwierigkeiten.
- O Ich habe Durchlafschwierigkeiten.
- O Ich schlafe nur ..... Stunden am Stück.
- O Wenn ich nachts erwache, fällt es mir schwer wieder einen guten Schlaf zu finden.
- O Ich knirsche nachts mit den Zähnen.
- O Ich muss vor dem Schlafengehen etwas essen oder stehe Nachts zum Essen auf.
- O Morgens fühle ich mich nicht erholt / Gerädert / kaputt.
- O Ich brauche morgens lange, um in die Gänge zu kommen.
- O Ich bin morgens nicht Leistungsfähig.
- O Morgens Frühstücke ich nicht, weil mir davon schlecht wird.
- O Ich habe öfters das Bedürfnis für ein Mittagsschläfchen.
- O Dauert mein Mittagsschlaf länger als 20 / 30 min, bin ich erschöpft und kaputt.
- O Tagsüber habe ich öfters Denkschwierigkeiten oder Fehlhandlungen.
- O Ich habe Muskelschmerzen.
- O Meine Kräfte haben insgesamt nachgelassen.
- O Ich habe oft das Gefühl einen grippalen Infekt zu bekommen oder Rachenschmerzen.
- O Ich habe öfters Sodbrennen.
- O Ich habe öfters Blähungen, Reizdarm
- O Mein Blutdruck ist eher ❍ eher zu hoch ❍ eher zu niedrig ❍ normal
- O Ich habe öfters Gelenksschmerzen in den Fingern / Zehen.

Bewertung Mitochondrien-Syndrom
Wird vom Berater ausgefüllt: [ ]

HPU

HPU

Was ist Ihr Geschlecht?

O Männlich O Weiblich

Sind Sie weniger als 20 Jahre alt? (wichtig für das Gesamtergebnis).

O ja

Hormonelle Regulation

- O Ich muss(te) oft Wasser lassen.
- O Ich habe/hatte einen niedrigen Blutdruck.
- O Ich habe/hatte regelmäßig ein Völlegefühl nach den Mahlzeiten.
- O Ich habe/hatte regelmäßig Probleme durch Magensäure.
- O Ich habe/hatte Probleme mit Blähungen nach den Mahlzeiten.
- O Ich habe/hatte Appetit zwischen den Mahlzeiten.
- O Ich habe/hatte Probleme mit zu viel Körperbehaarung.
- O Ich habe/hatte Probleme mit trockenen Augen, trockener Nase, Mund oder Vagina.

Charakter

- O Ich bin ein Perfektionist.
- O Ich pflege gerne Umgang mit Menschen.
- O Ich spüre, ob ich jemandem trauen kann.
- O Ich halte ein sauberes Haus für wichtig.

HPU

- O Ich habe ein Auge fürs Detail.
- O Farben müssen perfekt aufeinander abgestimmt sein.
- O Es bereitet mir keine Mühe, Farben aufeinander abzustimmen.
- O Ich bin ungeduldig (hinsichtlich geschäftlicher Vorgänge).
- O Während meiner Ausbildung gab es eine Zeit mit schlechteren Noten
- O Ich habe mindestens zwei begonnene Ausbildungen nicht beendet.
- O Ich habe oft ein Projekt (Start Joggen, Schwimmen, Sprachkurs) nicht vollendet
- O Ich bin ziemlich zwanghaft.

Gelenkprobleme

- O Mir ist/war oft schwindelig
- O Ich habe/hatte regelmäßig Ohrensausen.
- O Ich habe Turnen, Ballett oder Jazzdance betrieben.
- O Während der Menstruation habe/hatte ich Schmerzen am unteren Rücken.
- O Ich habe/hatte eine Beckeninstabilität.
- O Ich habe/hatte Überdehnungen an den Kiefergelenken.
- O Ich habe/hatte einen Bandscheibenvorfall.
- O Oft bin ich morgens steif oder stramm
- O Ich bin/war sehr gelenkig, hypermobil.
- O Ich habe/hatte regelmäßig Schmerzen in den Knien.
- O Ich habe/hatte Mühe, an einem Seil hochzuklettern.
- O An einer Reckstange, Ringen etc. kann ich mich nicht oder kaum hochziehen.
- O Früher mochte ich keine Gymnastik.

Sonnenlichtempfindlichkeit

- O Ich vertrage/vertrug Wärme oder Hitze schlecht.
- O Bei Sonne trage ich fast immer eine Sonnenbrille.
- O Ich reagiere empfindlich/allergisch auf Sonne oder Sonnenlicht.
- O In der Sonne bekomme ich nach ein paar Tagen fast immer Ausschlag/Pusteln (Sonnenallergie).
- O Ich werde jetzt viel weniger braun als früher.
- O Ich werde immer gelb - oder goldbraun, nicht intensiv - oder tiefbraun.
- O Mein Gesicht behält immer eine hellere Farbe.
- O Ich bin/war oft blass.
- O Ich verliere meine Bräune recht schnell.
- O Schwangerschaftsstreifen – werden brauner als das umliegende Gewebe.

Allergien

- O Im Sommer leide/litt ich unter Heuschnupfen (brennende Augen, laufende/verstopfte Nase).
- O Im Winter habe ich Probleme mit Hausstaub, Milben, brennenden Augen, laufender oder verstopfter Nase.
- O Ich habe/hatte chronische HNO-Beschwerden (Hals, Nase und Ohren).
- O Ich habe/hatte Atemwegsbeschwerden (Asthma, Luftmangel, Bronchitis).
- O Ich habe oder hatte eine Nahrungsmittelallergie.
- O Ich habe/hatte eine Tier(haar)-Allergie.
- O Ich bin/war empfindlich gegen Histamin (Hyperreaktivität).
- O Ich habe/hatte regelmäßig Ekzeme oder Neurodermitis in den Achselhöhlen.
- O Ich habe/hatte ein kribbelndes Gefühl im Mund nach dem Genuss von Nüssen, Kiwi, Ananas, Melone, Steinobst (Pflaume, Pfirsich, Aprikose) oder Äpfeln.
- O Ich habe/hatte Hautprobleme nach dem Gebrauch bestimmter Kosmetika.
- O Ich habe/hatte eine Nickelallergie oder bekomme Ausschlag von bestimmten Schmuckstücken.
- O Ich bin/war allergisch gegen Wolle.
- O Ich bin/war Glutenempfindlich, ich vertrage keinen Weizen, Roggen, Gerste oder Hafer.
- O Ich vertrage Alkohol schlecht.
- O Ich vertrage keinen Kaffee.

HPU

- O Ich vertrage/vertrug schlecht Kohlenhydrate (Stärke, Zucker).
- O Ich vertrage/vertrug schlecht Eiweiß (Spezial Eiweiß wie Fleisch, Fisch oder Geflügel).

Histamin-Überempfindlichkeit

- O Ich bin/war oft müde.
- O Ich habe/hatte eine unreine Haut/Hautprobleme.
- O Ich leide/ litt oft unter Juckreiz.
- O Ich habe/ hatte oft kalte Hände und/oder Füße.
- O Ich habe/hatte „Winterhände“ oder „Winterfüße“; Risse an den Händen oder Füßen bei Kälte.
- O Ich bekomme/bekam schnell blaue Flecken an Armen oder Beinen.
- O Ich habe/hatte oft Kopfschmerzen oder Migräne.
- O Nach Alkoholgenuss bekomme ich eine auffallende Röte im Gesicht und Halsbereich.
- O Ich habe ein mäßiges bis schlechtes Gebiss (mehr als sieben Füllungen).
- O Wenn ich zunehme, setzt es hauptsächlich auf den Hüften und Oberschenkeln an.
- O Ich bin (war) deprimiert oder hatte (hatte) düstere Zeiten.
- O Ich habe/hatte oft einen unruhigen Herzschlag/ Herzrasen.
- O Ich bin sehr kritisch.

Menstruationsbeschwerden

- O Ich habe/hatte eine unregelmäßige Menstruation.
- O Meine Menstruation ist ausgeblieben (länger als 8 Wochen).
- O Ich habe/hatte sehr wenig Blutverlust während der Menstruation.
- O Ich habe/hatte sehr viel Blutverlust während der Menstruation.
- O Ich nehme/nahm die Pille gegen Menstruationsbeschwerden.
- O Während der Menstruation habe/hatte ich geschwollene Brüste, einen aufgeblähten Bauch, Bauchschmerzen etc.
- O Ich habe/hatte eine Gewichtszunahme von mehr als 1 Kg im Zusammenhang mit der Menstruation.
- O Ich habe/hatte regelmäßig vaginale Candida-Infektionen (Ausfluss, weiße Ausscheidungen).
- O Ich habe/hatte besonders viel (klare) Ausscheidungen während des Eisprunges.
- O Ich habe/hatte öfters oder regelmäßig eine Blasenentzündung.
- O Ich habe/hatte oft oder regelmäßig eine Harnwegsinfektion oder Nierenbeckenentzündung.
- O Ich habe/hatte Probleme mit Verdickungen oder Zysten in meinen Brüsten (Brust).
- O Ich habe/hatte übermäßige Körperbehaarung.

Schwangerschaftsprobleme

- O Während (einer) meiner Schwangerschaft(en) war mir mindestens 15 Wochen übel und/oder musste ich mich oft übergeben.
- O Am Ende der Schwangerschaft(en) hatte ich Probleme mit Magensäure.
- O Ich habe während der Schwangerschaft(en) Krampfanfälle (Präeklampsie gehabt.
- O Während der Schwangerschaft(en) hatte ich Ausfallerscheinungen, Missempfindungen oder andere neurologische Beschwerden.
- O Während der Schwangerschaft(en) fühlte ich mich wohler.
- O Ich habe eine Schwangerschaftsvergiftung gehabt.
- O Ich hatte Schwangerschaftszucker (Gestationsdiabetes).
- O Während der Schwangerschaft(en) hatte ich zu hohen Blutdruck.
- O Ich hatte während der Schwangerschaft Blutarmut.
- O Nach einer Schwangerschaft hatte ich depressive Beschwerden (baby blues).
- O Nach einer Schwangerschaft habe ich stark zugenommen (mehr als 5 kg).
- O Die meisten Babys wurden vor dem errechneten Termin geboren.
- O Ich hatte während der Schwangerschaft Probleme mit den „Bändern“.
- O Ich litt während und nach der Schwangerschaft an einer Beckeninstabilität.
- O Ich habe mehr als eine Fehlgeburt erlitten
- O Ich habe mehr als eine Tochter.

HPU

- O Ich habe mehr als eine Schwester.
- O Ich hatte eine Bauchhöhlenschwangerschaft.
- O Ich habe das polyzystische Ovar-Syndrom.(PZOS/PCOS/POS)
- O Ich hatte einen abweichenden Abstrich (PAP II, PAP IIa, PAP IIIb, oder PAP IV).
- O Nach einer Schwangerschaft hatte ich lange Flüssigkeitsabsonderungen aus den Brüsten (Nach sexueller Stimulation).
- O Ich leide unter einer trockenen Vagina.
- O Während der Schwangerschaft hatte ich auf dem Rücken eine sehr unreine Haut und/oder Akne.
- O Ein Kinderwunsch ist länger als vier Monate ausgeblieben.
- O Autismus oder MBD (Minimal Brain Dysfunktion) kommt in der direkten Verwandtschaft (Bruder/Schwester/Kind) vor.

Gewichtsprobleme

Mein Gewicht beträgt (bitte ausfüllen in Kilogramm): ……. kg

Meine Körpergröße ist (bitte ausfüllen in Zentimeter): ……. cm

- O Ich habe an Gewicht zugenommen.
- O Seit der Geburt – ich war als Kind schon dick
- O Ungefähr ab dem zehnten Lebensjahr, beim Entwickeln der sekundären Geschlechtsmerkmale, habe ich an Gewicht zugenommen.
- O Etwa 1-2 Jahre nach meiner ersten Periode begann mein Gewicht zu steigen
- O Ab der zweiten oder dritten Schwangerschaft habe ich an Gewicht zugenommen.
- O Mein Gewicht nahm während oder nach der Menopause zu.
- O Es ist sehr schwer für mich, mittels einer Diät abzunehmen.
- O Wenn ich mit der Diät aufhöre, nimmt mein Gewicht in kurzer Zeit wieder zu.

Zuckerprobleme

- O Ich ernähre mich zuckerfrei (wegen Candida, Diabetes, Hypoglykämie, etc.).
- O Ich bin/ war fast immer angespannt.
- O Wenn ich angespannt bin, fange ich an zu essen.
- O Ich habe/hatte eine übertriebene Esslust, werde aber nicht dick.
- O Ich habe/hatte Hunger zwischen den Mahlzeiten.
- O Wenn ich Hunger habe/ hatte, fange/ fing ich an zu zittern und mir wird/wurde übel oder schwindelig.
- O Kurz vor der warmen Mahlzeit bin /war ich schnell angespannt, irritiert oder nervös.
- O Durchs essen nimmt oder nahm meine Müdigkeit ab.
- O Wenn ich jetzt eine Mahlzeit „auslasse“, fange ich an zu zittern, werde blass, mir wird schwindelig oder ich fühle mich, als würde „der Boden unter meinen Füßen nachgeben“.
- O Ich werde/wurde häufig nachts um drei Uhr wach.
- O Ich kann/konnte manchmal ziemlich aggressiv sein.

Allgemeine gesundheitliche Beschwerden

- O Ich leide/litt unter Blutarmut.
- O Ich bin/war oft blass im Gesicht.
- O Ich hatte Nebenwirkungen von Arzneimitteln.
- O Ich hatte Nebenwirkungen auf die Antibabypille.
- O Ich hatte Nebenwirkungen auf Schlafmittel (Barbiturate).
- O Ich bin/war Vegetarier (länger als 6 Monate).
- O Als Kind war ich sehr „aufgekratzt“ oder aufgeregt.
- O Ich habe/hatte regelmäßig Durchfall oder breiartigen Stuhlgang.
- O Ich habe/hatte regelmäßig Verstopfung.
- O Der Stuhl ist/war regelmäßig von heller Farbe.
- O Ich leide/litt unter Bauchschmerzen im oberen Bereich.
- O Ich leide/litt unter einem gereizten oder spastischen Darm.
- O Ich leide/litt unter Morgenübelkeit.

HPU

- O Ich habe/hatte eine Candida Pilz-Infektion im Darm.
- O Ich habe Kalknägel/Pilznägel.
- O Ich habe sehr häufig Antibiotika genommen.
- O Ich hatte einige male eine Lungenentzündung.
- O Ich hatte eine Hirnhautentzündung.
- O Ich hatte mindestens einmal in meinem Leben eine Bronchitis.
- O Ich hatte schon einmal „Pfeiffersches Drüsenfieber".
- O Ich habe eine sichtbar vergrößerte Schilddrüse (eine Verdickung am Hals).
- O Ich habe/hatte „unruhige" Beine (Restless legs).
- O Ich habe/hatte Schlafstörungen.
- O Ich bekomme/bekam regelmäßig Krämpfe.
- O Ich bin/war sehr schmerzempfindlich.
- O Ich sehe/sah manchmal doppelt.
- O Meine Augenlider zittern/zitterten regelmäßig.
- O Meine Waden sind/waren immer stramm oder angespannt.
- O Meine Muskeln zittern manchmal.
- O Ich leide/litt unter einem ungewöhnlichen (starken) Körpergeruch.
- O Ich habe/hatte oft weiße Stellen auf den Nägeln.
- O Ich leide/litt unter schlechtem Atem.
- O Ich bin/war oft erkältet.
- O Ich habe /hatte eine trockene Haut.
- O Meine Mutter ist/war ziemlich dominant
- O Wenn ich bei jemandem im Auto mitfahre, habe ich den Eindruck, dass die anderen Autos auf mich zukommen.
- O Wenn ich bei jemandem im Auto mitfahre, habe ich den Eindruck, dass der Fahrer zu wenig Abstand hält.

Bewertung HPU
Wird vom Berater ausgefüllt: [ ]

Hypoxie-Syndrom

Bewerten Sie die verschiedenen Symptome von **1 bis 8** ***(1 = sehr SCHLECHT, 8 = sehr GUT)***

Hypoxie

① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧	Wie gut können Sie sich konzentrieren?
① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧	Wie schätzen Sie Ihre körperliche Ausdauer ein?
① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧	Wie können Sie sich Dinge merken?
① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧	Wie können Sie nach einem stressigen Tag abschalten?
① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧	Wie lange dauert Ihre Erholung nach einer körperlichen Belastung?
① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧	Wie wichtig ist das Wochenende zur vollständigen Erholung vom Alltag?
① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧	Wie erholt fühlen Sie sich morgens nach dem Aufstehen?
① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧	Schlafen Sie schnell oder langsam ein?
① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧	Wachen Sie nachts häufiger auf und liegen wach?
① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧	Wie würden Sie Ihre Grundstimmung beschreiben?
① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧	Haben Sie häufiger das Gefühl gestresst zu sein?
① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧	Werden Sie schnell nervös, ungeduldig oder gereizt?
① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧	Haben Sie häufiger Hunger auf Süßes?
① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧	Brauchen Sie zwischendurch Wachmacher, wie z.B. Kaffee oder Energy Drinks?
① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧	Greifen Sie zwischen den Mahlzeiten zu kleinen Snacks?

Bewertung Hypoxie
Wird vom Berater ausgefüllt: [ ]

Allgemeine Lebensführung

Energielevel auf einer Skala von 1 bis 10: ..... (10 ist das Optimum)

Gewicht

Ich bewege mich regelmäßig: ☐ ja ☐ nein → Was/wie oft:
Ich mache Sport: ☐ ja ☐ nein → Was/wie oft:
Ich treibe Leistungssport: ☐ ja ☐ nein → Was/wie oft:
Ich habe den Wunsch mehr Sport zu machen: : ☐ ja ☐ nein
→ Konkrete Vorstellungen:
○ Trinkmenge am Tag:
Was:

Genuss-mittel

○ Alkohol was/Menge/ wie oft: .....
○ Rauchen wie viel: .....
○ Drogen: was/wie oft: .....
○ Sonstiges

Sind Sie wegen Ihrer körperlichen Beschwerden in Behandlung? ❍ **ja** ❍ **nein**
Wenn ja, weswegen/bei wem:

.....

.....

Allgemeines

Hatten oder haben Sie …

○ Infektionskrankheiten *(z.B. Hepatitis, Borreliose, Herpes, Pfeiferisches Drüsenfieber)*
○ Kinderkrankheiten *(z.B. Masern, Windpocken, Scharlach, Masern, Röteln, Mumps)*
○ Impfungen bekommen *(wogegen:.....)*
○ Allergien *(z.B. Heuschnupfen, Tierhaare, Hausstaub/Milben, Nahrungsmittel, Pollen, Gewürze, usw.)*

Hatten Sie Operationen?

Wenn ja, welche?	In welchem Jahr?

Sind Operationen geplant oder vorgesehen?

Wenn ja, welche?	Wann?

Medikamente

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? ☐ ja ☐ nein
Bitte Beipackzettel oder Medikament mitbringen.
(inkl. Dosis und Häufigkeit angeben. Bei Bedarf ein extra Blatt verwenden)

Medikamentenname:	**Einnahme:**

○ Wann haben Sie das letzte Mal Antibiotika eingenommen: .....
○ Wie oft haben Sie in den letzten 24 Monaten Antibiotika eingenommen: .....

Vorerkrankungen

Kopf

- O Kopfschmerzen/Migräne
- O Haarausfall
- O häufig oder langanhaltend Schnupfen
- O Demenz
- O Schwerhörigkeit/Tinitus
- O Epilepsie
- O Parkinson
- O Sehschwäche/ Bindehautentzündung
- O Augenlidzucken/Muskelzucken
- O Nasenblutung
- O Ohrendruck/Ohrgeräusche (Tinitus)
- O Multiple Sklerose
- O Sonstiges: .....

Zähne

Haben Sie Probleme mit den Zähnen/Gelenken?

- O Kiefergelenksschmerzen
- O Wurzelbehandlung
- O Zähneknirschen
- O Implantate
- O Zahnfüllungen

Hals

- O Schilddrüsenerkrankung: .....
- O Autoimmunerkrankung (Hashimoto/Morbus Basedow)
- O Vergrößerung

Körper und Organfunktionen

Körper & Arme

- O Angstattacken/ Herzjagen
- O Herzerkrankung.....
- O Bluthochdruck
- O Bronchitis/ Asthma/ COPD
- O Rückenschmerzen
- O Rheumatische Erkrankungen / Gicht
- O Gelenk-, Arm-, Schulterschmerzen
- O Fibromyalgie Syndrom
- O Schwindel/Ohnmacht
- O Ödeme
- O Osteoporose
- O Atemwegserkrankung
- O Verspannungen
- O Hautkrankheiten
- O Magen-/Darmerkrankung

Hände:

- O kribbeln O zittern O heiß O kalt
- O feucht
- O Durchblutungsstörungen
- O Nachts schlafen Hände ein
- O steife oder geschwollene Gelenke

Beine

- O Gelenk-, Bein-, Schulterschmerzen Schmerzen/ Verletzungen
- O Taubheitsgefühl
- O Wadenkrämpfe/Krämpfe

Füße sind…:

- O Gefühlsstörungen
- O kribbelig O zittrig O heiß O kalt O feucht

Verdauung

- O Hepatitis
- O Gallen-/Nierensteine
- O Völlegefühl/Sodbrennen
- O Appetitlosigkeit
- O Diabetes mellitus Typ 1/2
- O Magen-/Darmerkrankung
- O Fettunverträglichkeit
- O Blähungen
- O Gastritis
- O Schmerzen/Übelkeit
- O Erhöhte Blutfettwerte

Stuhlgang:

- O täglich
- O jeden ..... Tag
- O unregelmäßig

Stuhlkonsistenz: ☐ hart ☐ weich
☐ Schmierig ☐ knollig ☐ schmierig
☐ hell ☐ dunkel ☐ übelriechend

Harn

- O viel
- O häufig, wie oft am Tag:
- O trüb/flockig
- O wenig
- O kann nicht halten
- O brennen

Geruch nach:

Haut

- O Hautjucken/ trockene Haut
- O Nägel brüchig
- O Warzen/Pilze
- O Schuppig

Mann: Urologie

Mann

O Prostata vergrößert
O Beschwerden beim Geschlechtsverkehr
O Erektile Dysfunktion

Sexualität: O Normal O vermindert O verstärkt
Zufrieden: O ja O nein
O Geschlechtskrankheiten

Frau: Gynäkologie/Geschlechtsorgane

Gynä-kologie

O Ausfluss
O Myome/Zysten
O Endometriose
O Sexualität… ☐ Normal ☐ vermindert ☐ verstärkt
O Tumore
O Eierstocksentzündungen
O Beschwerden beim Geschlechtsverkehr

Zyklus

Alter der ersten Regelblutung: _____ Jahre
Zyklusdauer: _____ Tage
Letzte Regelblutung:
O unregelmäßig O regelmäßig
Blutungsstärke:
O schwach O normal O stark
Regelbeschwerden (z.B. PMS):
Welche: _____
Verhütungsmittel:
Welche: _____
O Sonstiges

Schwanger-schaften

O Schwanger: _____ SSW
Anzahl Schwangerschaften: _____
Anzahl Geburten: _____
(Alter der Kinder _____)
Entbindungstermin: _____
O Stillend - wie oft:
Anzahl Fehlgeburten: _____

Menopause

Letzte Regelblutung: _____
Beschwerden psychisch
O Stimmungsschwankungen
O verminderte Libido
O verstärkte Libido
Beschwerden physisch
O Hitzewallungen
O Trockenheit
O Vaginalinfekte
O Beschwerden b. Geschlechtsverkehr
O Sonstiges:
O Geschlechtskrankheiten
Sexualität: O Normal O vermindert O verstärkt | Zufrieden: O ja O nein

Nahrungsergänzungsmittel / Vitamine

Nehmen Sie regelmäßig Nahrungsergänzungsmittel oder Vitamine (NEM's)?
☐ nein ☐ ja →Bitte auf einem extra Blatt genau angeben, **wann und welche Nahrungsergänzungen/Vitamine** Sie einnehmen und in welcher Dosierung.

_____
_____
_____
_____
_____
_____

X _____ _____
Ort, Datum *Unterschrift*