

# NaturMed – Gesundheitspraxis

Praxis für Naturheilkunde & Osteopathie  
Manuela Döring  
Colshornstraße 31a – 28307 Bremen

Tel.: 0421 – 70 90 22 27 - Fax: 0421 – 70 90 22 36  
info@naturmed-gesundheitspraxis.de  
www.naturmed-gesundheitspraxis.de

## Anamnese – Fragebogen

Name:	Vorname:
Straße:	Haus Nr.:
PLZ:	Ort
Geb. Datum:	Geburtsort
Größe:	Gewicht:
Festnetz:	Mobil:
Email:	<input type="checkbox"/> Gesetzlich versichert <input type="checkbox"/> Privat versichert
Beruf:	Hobby:
Tragen Sie mich für den Newsletter ein (Gesundheitsinformationen) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Familienstand:

Aus welchem Grund haben Sie meine Praxis aufgesucht?


Aktuelle und akute Beschwerden. Bitte chronologisch auflisten. Aktuelle als erstes.

Beschwerden	Seit wann	Beschwerden	Seit wann

**Was war unmittelbar vor dem ersten Auftreten ihrer Beschwerden?**

<input type="checkbox"/> Trauer <input type="checkbox"/> Operationen <input type="checkbox"/> Kummer <input type="checkbox"/> Schreck <input type="checkbox"/> Reisen <input type="checkbox"/> Erkrankungen <input type="checkbox"/> Umzug
<input type="checkbox"/> Stress – welchen Stress?
<input type="checkbox"/> Jobwechsel <input type="checkbox"/> Kündigung Job <input type="checkbox"/> Kündigung Wohnung <input type="checkbox"/> Trennung
<input type="checkbox"/> sonstiges – bitte eintragen:

**Haben Sie Allergien und Unverträglichkeiten auf?**

Medikamente	Nahrungsmittel	Pollen,Hausstaub,Tiere	sonstiges

**Nehmen/bekommen Sie zurzeit Nahrungsergänzungsmittel oder andere Medikamente?**

**Wenn ja, welche und welche Dosierung?**

**Einnahme bitte mit morgens – mittags – abends (1 – 1 – 1 als Beispiel angeben)**

**Sollte der Platz nicht reichen, schreiben Sie bitte auf einen separaten Zettel weiter**

Name	Dosierung	Seit	Name	Dosierung	Seit

**Haben Sie bereits gegen Ihre Beschwerden eine Behandlung bekommen. Wenn ja, welche?**

Therapeut / Arzt	Was	Wann

**Familienanamnese Welche Erkrankungen traten in der Familie (Eltern, Großeltern, Geschwister) gehäuft auf? (z.B. Diabetes mellitus, Krebs, Herz-Kreislaufkrankungen, Stoffwechselstörungen, andere)**


## Krankheiten:

<b>Kinderkrankheiten:</b> <input type="checkbox"/> Scharlach <input type="checkbox"/> Windpocken <input type="checkbox"/> Röteln <input type="checkbox"/> Mumps <input type="checkbox"/> Masern <input type="checkbox"/> Keuchhusten	<b>Viren, Bakterien:</b> <input type="checkbox"/> EBV <input type="checkbox"/> Borreliose <input type="checkbox"/> Covid19	<input type="checkbox"/> Polio <input type="checkbox"/> Tropenkrankheiten <input type="checkbox"/> Syphilis <input type="checkbox"/> Gonorrhoe <input type="checkbox"/> Salmonellen <input type="checkbox"/> Ruhr
--	---	---

## Impfungen:

<input type="checkbox"/> Pocken <input type="checkbox"/> Röteln <input type="checkbox"/> Mumps <input type="checkbox"/> Masern <input type="checkbox"/> Keuchhusten <input type="checkbox"/> Polio <input type="checkbox"/> Hepatitis <input type="checkbox"/> Tetanus <input type="checkbox"/> HIB <input type="checkbox"/> Grippe <input type="checkbox"/> Diphtherie <input type="checkbox"/> Gelbfieber <input type="checkbox"/> Corona	<b>Andere:</b>	<b>Impfreaktionen:</b> <input type="checkbox"/> Fieber <input type="checkbox"/> Unruhe <input type="checkbox"/> Krämpfe <input type="checkbox"/> Grippe Symptome <input type="checkbox"/> Impfschäden die über das normale Maß einer Reaktion hinaus gehen
--	----------------	---

**Untersuchungen mit Kontrastmittel (CT, MRT):** ☐ Ja ☐ Nein

## Soziale Anamnese:

**Haben Sie Freunde?** ☐ Ja ☐ Nein Sind Sie gut in Ihre Familie integriert? ☐ Ja ☐ Nein

**Wie sind Ihre Wohnverhältnisse?**

<input type="checkbox"/> Stress	<input type="checkbox"/> Schimmel	<input type="checkbox"/> Lautstärke	<input type="checkbox"/> Nachbarn (Stress)
<input type="checkbox"/> Familie (Stress)	<input type="checkbox"/> Feuchtigkeit Räume	<input type="checkbox"/> Wärme	<input type="checkbox"/> Kälte
<input type="checkbox"/> Heizungsart:	<input type="checkbox"/> Elektrosmog	<input type="checkbox"/> Elektro am Bett	<input type="checkbox"/> sonstiges

**Sind Sie am Arbeitsplatz besonderen Belastungen ausgesetzt:**

<input type="checkbox"/> Stress	<input type="checkbox"/> Schimmel	<input type="checkbox"/> Lautstärke	<input type="checkbox"/> Mobbing
<input type="checkbox"/> zugige Umgebung	<input type="checkbox"/> Feuchtigkeit Räume	<input type="checkbox"/> Hitze	<input type="checkbox"/> Kälte
<input type="checkbox"/> Heizungsart:	<input type="checkbox"/> Elektrosmog	<input type="checkbox"/> Gase	<input type="checkbox"/> Dämpfe
<input type="checkbox"/> Chemikalien	<input type="checkbox"/> Metalle	<input type="checkbox"/> Gifte	<input type="checkbox"/>

**Allgemeine Symptome: Bitte ankreuzen**

<input type="checkbox"/> Mangelnde Konzentration	<input type="checkbox"/> Schuldgefühle	<input type="checkbox"/> Infektanfälligkeit
<input type="checkbox"/> Müde, Erschöpfung, Burn-Out	<input type="checkbox"/> Konflikte	<input type="checkbox"/> Erkältungsneigung
<input type="checkbox"/> Verstärkt Reizbar	<input type="checkbox"/> Ängste, Sorgen, Kummer	<input type="checkbox"/> Fieber <input type="checkbox"/> häufig <input type="checkbox"/> selten
<input type="checkbox"/> schnelles Schwitzen	<input type="checkbox"/> in der Nacht schwitzen	<input type="checkbox"/> schnelles frieren
<input type="checkbox"/> Kalte Hände	<input type="checkbox"/> Kalte Füße	<input type="checkbox"/> sonstiges

**Wie belastbar fühlen Sie sich auf einer Skala von 0-10**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
gar nicht belastbar O—O—O—O—O—O—O—O—O—O—O sehr belastbar

## **Kopfbereich:**

### **Kopfschmerzen**

<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> nie
<input type="checkbox"/> Stirn	<input type="checkbox"/> Augen	<input type="checkbox"/> Schläfen
<input type="checkbox"/> Hinterkopf	<input type="checkbox"/> ganzer Kopf	<input type="checkbox"/> nicht definierbar
<input type="checkbox"/> morgens	<input type="checkbox"/> mittags	<input type="checkbox"/> abends
<input type="checkbox"/> aus dem Nacken kommend	<input type="checkbox"/> halbseitig	<input type="checkbox"/> beidseitig
<input type="checkbox"/> mehr links	<input type="checkbox"/> mehr rechts	<input type="checkbox"/> vor dem Essen
<input type="checkbox"/> nach dem Essen	<input type="checkbox"/> Zyklusabhängig	

### **Was verbessert den Kopfschmerz**

### **Was verschlechtert den Kopfschmerz**

### **Nehmen Sie Medikamente gegen Kopfschmerzen, wenn ja, welche?**

**Haben Sie ein Kopfschmerztagebuch geführt?** ☐ Ja - bringen Sie es bitte mit - ☐ Nein

**Leiden Sie unter Schwindel?**

O Ja O Nein O Seit \_\_\_\_\_

**Ohnmachtsanfällen?**

O Ja O Nein O Seit \_\_\_\_\_

**Epileptische Anfälle?**

O Ja O Nein O Seit \_\_\_\_\_

**Auslöser:** \_\_\_\_\_

### **Haben oder hatten Sie Erkrankungen? Bitte alles angeben**


### **Haare:**

<input type="checkbox"/> Haarausfall seit:	<input type="checkbox"/> kreisrunder Haarausfall	<input type="checkbox"/> vereinzelt Haarausfall
<input type="checkbox"/> Gefärbt seit:	<input type="checkbox"/> trockene, strohige Haare	<input type="checkbox"/> fette und dünne Haare

**Augen:**

<input type="checkbox"/> Bindehautentzündungen	<input type="checkbox"/> kurzsichtig	<input type="checkbox"/> weitsichtig
<input type="checkbox"/> Augenerkrankungen	<input type="checkbox"/> trockene Augen	<input type="checkbox"/> verstärkter Tränenfluss
<input type="checkbox"/> trockene Makuladegeneration	<input type="checkbox"/> feuchte Makuladegeneration	<input type="checkbox"/> Brille
<input type="checkbox"/> Kontaktlinsen	<input type="checkbox"/> sonstiges:	<input type="checkbox"/> sonstiges:

**Ohren:**

<input type="checkbox"/> (chr.) Mittelohrentzündungen	Schmerzen <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts	<input type="checkbox"/> Ohrendruck <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts
<input type="checkbox"/> Ohrengeräusche <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts	<input type="checkbox"/> Tinnitus <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts	<input type="checkbox"/> Hörminderung <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts

**Mandeln:**

<input type="checkbox"/> Operationen	<input type="checkbox"/> (chr.) Mandelentzündung	<input type="checkbox"/> als Kind
<input type="checkbox"/> als Erwachsener	<input type="checkbox"/> Mandelsteine	<input type="checkbox"/> sonstiges

**Mund:**

<input type="checkbox"/> belegte Zunge	<input type="checkbox"/> Zahnfleischblutungen	<input type="checkbox"/> Aphten
<input type="checkbox"/> Tumor	<input type="checkbox"/> Herpes	<input type="checkbox"/> Parodontose
<input type="checkbox"/> Parodontitis	<input type="checkbox"/> sonstiges bitte eintragen →	

**Nase:**

<input type="checkbox"/> Operationen	<input type="checkbox"/> Fließschnupfen	<input type="checkbox"/> Heuschnupfen
<input type="checkbox"/> Nasennebenhöhlenentzündung	<input type="checkbox"/> behinderte Nasenatmung	<input type="checkbox"/> verstopfte Nase
<input type="checkbox"/> regelmäßiges Nasenspray	<input type="checkbox"/> Nasenbluten	<input type="checkbox"/> sonstiges

**Schilddrüse:**

<input type="checkbox"/> Operationen	<input type="checkbox"/> Unterfunktion	<input type="checkbox"/> Überfunktion
<input type="checkbox"/> Hashimoto	<input type="checkbox"/> Basedow	<input type="checkbox"/> Tumor
<input type="checkbox"/> de Quervain	<input type="checkbox"/> Vergrößerung	<input type="checkbox"/> Verkleinerung
<input type="checkbox"/> Zysten	<input type="checkbox"/> Heiserkeit	<input type="checkbox"/> Einblutungen
<input type="checkbox"/> Punktion	<input type="checkbox"/> Schluckbeschwerden	<input type="checkbox"/> Kloßgefühl
<input type="checkbox"/> heiße Knoten	<input type="checkbox"/> kalte Knoten	<input type="checkbox"/> autonome Knoten

**Zähne / Kiefer**

<input type="checkbox"/> Wurzelbehandelte Zähne	<input type="checkbox"/> Tote Zähne	Empfindlich <input type="checkbox"/> heiß <input type="checkbox"/> kalt
<input type="checkbox"/> Amalgam	<input type="checkbox"/> Kunststoff	<input type="checkbox"/> Keramik
<input type="checkbox"/> Implantate	<input type="checkbox"/> Gold	<input type="checkbox"/> Titan
<input type="checkbox"/> Palladium	<input type="checkbox"/> andere:	<input type="checkbox"/> Kiefergelenkschmerzen
<input type="checkbox"/> Knacken	<input type="checkbox"/> Blockaden	<input type="checkbox"/> Knirschen
<input type="checkbox"/> Pressen	<input type="checkbox"/> Zahneindrücke Zunge	<input type="checkbox"/> Stauungszeichen
<input type="checkbox"/> Amalgamentfernung wann?	<input type="checkbox"/> Quecksilberausleitung	<input type="checkbox"/> sonstiges

## **Organe:**

### **Lunge:**

<input type="checkbox"/> Bronchitis	<input type="checkbox"/> (chr.) Husten	<input type="checkbox"/> Atemnot
<input type="checkbox"/> Allergien	<input type="checkbox"/> Asthma	<input type="checkbox"/> sonstiges:

### **Herz Kreislauf**

<input type="checkbox"/> Stechen	<input type="checkbox"/> Stolpern	<input type="checkbox"/> Rhythmusstörungen
<input type="checkbox"/> Druckgefühl	<input type="checkbox"/> Engegefühl	<input type="checkbox"/> Herzrasen
<input type="checkbox"/> Beklemmungen	<input type="checkbox"/> Herzneurosen	<input type="checkbox"/> Operationen
<input type="checkbox"/> PFO (Loch im Herzen)	<input type="checkbox"/> Schrittmacher	<input type="checkbox"/> Klappenersatz
<input type="checkbox"/> Herzinfarkt	<input type="checkbox"/> Angina Pectoris	<input type="checkbox"/> Hoher Blutdruck <input type="checkbox"/> Niedriger Blutdruck

### **Leber:**

<input type="checkbox"/> Hepatitis ABCDEF:	<input type="checkbox"/> Hepatitis Entzündung	<input type="checkbox"/> Fettleber
<input type="checkbox"/> Leberzysten	<input type="checkbox"/> Leberparasiten	<input type="checkbox"/> Leberzirrhose

### **Galle:**

<input type="checkbox"/> Steine	<input type="checkbox"/> Koliken	<input type="checkbox"/> Operationen
<input type="checkbox"/> Druck im Oberbauch	<input type="checkbox"/> Fettunverträglichkeiten	<input type="checkbox"/> sonstiges

### **Bauchspeicheldrüse:**

<input type="checkbox"/> Entzündungen	Diabetes <input type="checkbox"/> Typ I <input type="checkbox"/> Typ II	<input type="checkbox"/> Operationen
<input type="checkbox"/> Tumor	<input type="checkbox"/> sonstiges	<input type="checkbox"/> sonstiges

### **Magen:**

<input type="checkbox"/> Schmerzen	<input type="checkbox"/> Völlegefühl	<input type="checkbox"/> Sodbrennen
<input type="checkbox"/> Reflux	<input type="checkbox"/> Appetitlosigkeit	<input type="checkbox"/> Aufstoßen
<input type="checkbox"/> Gastritis	<input type="checkbox"/> Reizung Speiseröhre	<input type="checkbox"/> Tumor

### **Niere/Blase**

<input type="checkbox"/> Nierensteine	<input type="checkbox"/> Nierenerkrankungen	<input type="checkbox"/> Blasenentzündungen
<input type="checkbox"/> Operationen	<input type="checkbox"/> sonstiges	<input type="checkbox"/> sonstiges bitte eintragen

### **Harn:**

<input type="checkbox"/> vermehrt Wasserlassen	<input type="checkbox"/> vermindert Wasserlassen	<input type="checkbox"/> Schmerzen beim Wasserlassen
<input type="checkbox"/> Blut im Urin	<input type="checkbox"/> nicht halten können	<input type="checkbox"/> nächtliches Wasserlassen
<input type="checkbox"/> veränderte Farbe	<input type="checkbox"/> strenger Geruch	<input type="checkbox"/> Gries im Urin

**Darm:**

<input type="checkbox"/> Blähungen mit Abgang der Luft	<input type="checkbox"/> Ohne Abgang der Luft	<input type="checkbox"/> Verstopfung
<input type="checkbox"/> Durchfall	<input type="checkbox"/> Reizdarm	<input type="checkbox"/> Colitis Ulzerosa
<input type="checkbox"/> Morbus Crohn	<input type="checkbox"/> Tumor	<input type="checkbox"/> Polypen
<input type="checkbox"/> Divertikel	<input type="checkbox"/> Hämorrhoiden	<input type="checkbox"/> sonstiges bitte eintragen

**Stuhlgang:**

<input type="checkbox"/> täglich 1 bis ..... Mal	<input type="checkbox"/> in der Woche	<input type="checkbox"/> unregelmäßig
<input type="checkbox"/> klebrige Rückstände nach Spülung	<input type="checkbox"/> Farbe Milchkaffee	<input type="checkbox"/> Farbe Vollmilchschokolade
<input type="checkbox"/> Farbe Zartbitter	<input type="checkbox"/> glänzend	<input type="checkbox"/> gelblich
<input type="checkbox"/> übelriechend	<input type="checkbox"/> weich	<input type="checkbox"/> hart
<input type="checkbox"/> knollig rissig	<input type="checkbox"/> schmierig	<input type="checkbox"/> pastenartig
<input type="checkbox"/> Schleimauflagerungen	<input type="checkbox"/> sonstiges	<input type="checkbox"/> sonstiges

**Stütz- Bewegungsapparat****Arme / Schultern:**

<input type="checkbox"/> Schmerzen Arm <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts	<input type="checkbox"/> Kribbeln <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts	<input type="checkbox"/> Taubheitsgefühle <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts
<input type="checkbox"/> Tennisellenbogen <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts	<input type="checkbox"/> Verletzungen <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts	<input type="checkbox"/> Karpaltunnelsyndrom <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts
<input type="checkbox"/> Schnappfinger <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts	<input type="checkbox"/> Morbus Dubuytren <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts	<input type="checkbox"/> Morbus Raynaud <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts
<input type="checkbox"/> Frozen Shoulder <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts	<input type="checkbox"/> Kalkschulter <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts	<input type="checkbox"/> Impingement Syndrom <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts
<input type="checkbox"/> Schulterschmerzen/Steifigkeit <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts	<input type="checkbox"/> hypermobile Gelenke (sehr gelenkig)	<input type="checkbox"/> sonstiges

**Hüfte / Beine / Füße:**

<input type="checkbox"/> Hüftschmerzen <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts	<input type="checkbox"/> Operation Hüfte <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts	<input type="checkbox"/> Arthrose <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts
<input type="checkbox"/> Schmerzen Beine <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts	<input type="checkbox"/> Schmerzen Knie <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts	<input type="checkbox"/> Krampfadern <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts
<input type="checkbox"/> Kribbeln <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts	<input type="checkbox"/> Taubheitsgefühle <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts	<input type="checkbox"/> Gefäßverengung/Verschuß <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts
<input type="checkbox"/> eingeschränkte Gehstrecke <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts	<input type="checkbox"/> Kalte Beine/Füße <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts	<input type="checkbox"/> Operationen <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts
<input type="checkbox"/> Hallux Valgus <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts	<input type="checkbox"/> Knickfuß <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts	<input type="checkbox"/> Senkfuß <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts
<input type="checkbox"/> Spreizfuß <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts	<input type="checkbox"/> Plattfuß <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts	<input type="checkbox"/> Einlagen <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts

## Unfälle: (Sport, Reiten, Ski, Schlittschuh, Treppensturz, Auto, Fahrrad)

<input type="checkbox"/> saßen Sie jemals in einem Auto, das an einem Unfall beteiligt war?	<input type="checkbox"/> sind Sie jemals auf einer Treppe gestürzt	<input type="checkbox"/> hatten Sie jemals einen Sportunfall (Ball an Kopf oder andere)
<input type="checkbox"/> sind Sie jemals mit dem Fahrrad gestürzt	<input type="checkbox"/> sind Sie jemals vom Pferd gefallen	<input type="checkbox"/> hatten Sie jemals einen Arbeitsunfall
<input type="checkbox"/> sind Sie jemals bei Glatteis gestürzt	<input type="checkbox"/> gab es andere Unfälle, wo Ihnen vermeintlich nichts passiert ist? Wenn ja, tragen Sie bitte alles unten ein	

## Rücken

<input type="checkbox"/> Schmerzen <input type="checkbox"/> Oben <input type="checkbox"/> Mitte <input type="checkbox"/> Unten	<input type="checkbox"/> Hexenschuß <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts	<input type="checkbox"/> Ischias <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts
<input type="checkbox"/> ISG-Blockade <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts	<input type="checkbox"/> Verspannungen <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts	<input type="checkbox"/> Verhärtungen <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts
<input type="checkbox"/> Skoliose	<input type="checkbox"/> Bechterew	<input type="checkbox"/> Rheuma
<input type="checkbox"/> Operationen	<input type="checkbox"/> Steifigkeit	<input type="checkbox"/> sonstiges

## Haut und Nägel

<input type="checkbox"/> Narben	<input type="checkbox"/> Verbrennungen	<input type="checkbox"/> Geschwüre
<input type="checkbox"/> weißer Hautkrebs	<input type="checkbox"/> schwarzer Hautkrebs	<input type="checkbox"/> Lipome (Fettgeschwulste)
<input type="checkbox"/> Hautjucken	<input type="checkbox"/> Ohrenjucken	<input type="checkbox"/> Warzen
<input type="checkbox"/> Nagelbettentzündungen	<input type="checkbox"/> Fußpilz	<input type="checkbox"/> Hautpilz
<input type="checkbox"/> Neurodermitis	<input type="checkbox"/> Psoriasis	<input type="checkbox"/> Schuppen
<input type="checkbox"/> Nagelpilz	<input type="checkbox"/> sonstiges	<input type="checkbox"/> sonstiges

## Gynäkologie / Urologie

### Frauen

<input type="checkbox"/> 1. Regelblutung:	<input type="checkbox"/> letzte Regelblutung	<input type="checkbox"/> Zykluslänge
<input type="checkbox"/> Blutungslänge	<input type="checkbox"/> Blutungsstärke	<input type="checkbox"/> Schmerzen
<b>PMS:</b> <input type="checkbox"/> Brustspannen <input type="checkbox"/> Launisch <input type="checkbox"/> Heißhunger <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen <input type="checkbox"/> aufgebläht/Blähungen <input type="checkbox"/> Wassereinlagerungen <input type="checkbox"/> Unterleibschmerzen <input type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/> Verstopfung	<b>Erkrankungen:</b> <input type="checkbox"/> Eierstockentzündungen <input type="checkbox"/> Zysten Eierstöcke <input type="checkbox"/> Myome <input type="checkbox"/> PCOS <input type="checkbox"/> Zysten in den Brüsten <input type="checkbox"/> Verklebungen in den Brüsten	<b>Schwangerschaften:</b> <input type="checkbox"/> Kinder – Anzahl <input type="checkbox"/> Kaiserschnitt - Anzahl <input type="checkbox"/> Fehlgeburten – Anzahl <input type="checkbox"/> Abtreibungen – Anzahl <input type="checkbox"/> Ausschabungen <input type="checkbox"/> Sterilisation
<b>Tumorerkrankungen:</b> <input type="checkbox"/> Brust <input type="checkbox"/> Eierstöcke <input type="checkbox"/> Gebärmutter <input type="checkbox"/> Entfernungen von:	<b>Infektionen:</b> <input type="checkbox"/> HPV <input type="checkbox"/> Geschlechtskrankheiten <input type="checkbox"/> welche?	<input type="checkbox"/> Kinderwunsch <input type="checkbox"/> KiWu Klinik <input type="checkbox"/> ICSI <input type="checkbox"/> Insemination <input type="checkbox"/> IVF
<b>Verhütung?</b>	<b>Libidoverlust</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	



## Männer

<input type="checkbox"/> Prostatavergrößerung	<input type="checkbox"/> Prostataentzündung	<input type="checkbox"/> Beschwerden beim Wasserlassen
<input type="checkbox"/> Operationen	<input type="checkbox"/> Erkrankungen Hoden	<input type="checkbox"/> Kinderwunsch
<input type="checkbox"/> Geschlechtskrankheiten Welche?	<input type="checkbox"/> Erektionsprobleme	<input type="checkbox"/> Sterilisation
<input type="checkbox"/> Libidoverlust	<input type="checkbox"/> Verhütung	<input type="checkbox"/> Sonstiges

## Allgemeines:

### Schlaf:

<input type="checkbox"/> Schlaflosigkeit wie viel Stunden	<input type="checkbox"/> Einschlafstörungen <input type="checkbox"/> Durchschlafstörungen	<input type="checkbox"/> intensive Traumerinnerung <input type="checkbox"/> keine Traumerinnerung
<input type="checkbox"/> häufiges Erwachen	<input type="checkbox"/> unruhige Beine Restles legs	<input type="checkbox"/> sonstiges

### Essen:

<input type="checkbox"/> Mischkost (Fisch, Fleisch, Obst, Gemüse)	<input type="checkbox"/> Vegetarisch <input type="checkbox"/> Vegan	<input type="checkbox"/> sonstige Ernährungsform
<input type="checkbox"/> Tiermilchprodukte	<input type="checkbox"/> Wurstwaren	<input type="checkbox"/> Getreideprodukte wie Backwaren, Nudeln, Teige...
<input type="checkbox"/> Eier	<input type="checkbox"/> Zucker, <input type="checkbox"/> Honig, <input type="checkbox"/> Agavendicksaft, <input type="checkbox"/> Künstliche Süße <input type="checkbox"/> Stevia oder ähnliches	<input type="checkbox"/> Fertiggerichte (z.B. TK) <input type="checkbox"/> Fertigprodukte (z.B. Maggi)
<input type="checkbox"/> Sojaprodukte <input type="checkbox"/> veganer Fleischersatz	<input type="checkbox"/> würden Sie die Ernährung mit meiner Hilfe optimieren wollen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> sonstiges

### Trinken:

<input type="checkbox"/> Trinkmenge gesamt am Tag:	<input type="checkbox"/> Kaffee Menge <input type="checkbox"/> Tee Menge <input type="checkbox"/> Wasser Menge	<input type="checkbox"/> Säfte Menge <input type="checkbox"/> Limonaden Menge
	<input type="checkbox"/> sonstiges	<input type="checkbox"/> sonstiges

### Genussmittel:

<b>Alkohol in Menge Tag/Woche</b> <input type="checkbox"/> Weißwein <input type="checkbox"/> Rotwein <input type="checkbox"/> Bier <input type="checkbox"/> andere <input type="checkbox"/> Softdrinks Energy Menge	<b>Rauchen in Menge Tag/Woche</b> <input type="checkbox"/> Zigaretten <input type="checkbox"/> Zigarren <input type="checkbox"/> E-Zigarette <input type="checkbox"/> aufgehört wann?	<input type="checkbox"/> würden Sie mit dem Rauchen aufhören? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
--	---	---