

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)	Familienstand:
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	

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-Kreislauferkrankungen, Stoffwechselstörungen, andere)

Krankheiten:

Kinderkrankheiten:	Viren, Bakterien:	
<input type="checkbox"/> Scharlach <input type="checkbox"/> Windpocken <input type="checkbox"/> Röteln <input type="checkbox"/> Mumps <input type="checkbox"/> Masern <input type="checkbox"/> Keuchhusten	<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	Andere:	Impfreaktionen: <input type="checkbox"/> Fieber <input type="checkbox"/> Unruhe <input type="checkbox"/> Krämpfe <input type="checkbox"/> Grippesymptome <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 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? Ja O Nein O Seit _____

Ohnmachtsanfällen? Ja O Nein O Seit _____

Epileptische Anfälle? 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"/> Bindegauatzündungen	<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"/> Aphthen
<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"/> starker 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 Vollmilchschorlade
<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"/> Schleimaufslagerungen	<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/Verschluß <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
PMS: <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"/> Unterleibsbeschwerden <input type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/> Verstopfung	Erkrankungen: <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	Schwangerschaften: <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
Tumorerkrankungen: <input type="checkbox"/> Brust <input type="checkbox"/> Eierstöcke <input type="checkbox"/> Gebärmutter <input type="checkbox"/> Entfernung von:	Infektionen: <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"/> Insimination <input type="checkbox"/> IVF
Verhütung?	Libidoverlust <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:

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