

ANAMNESEBOGEN ♀

Datum beim Ausfüllen

Vorname, Name Geburtsdatum

PLZ Ort Strasse

Handy Email Beruf

Krankenkasse Zusatzversicherung Zivilstand

Grösse Gewicht Kinder (Jahr/m,w,d)

1. Hausarzt/Therapeuten

2. Hauptbeschwerden

3. Erkrankungen/Organschwächen

Herz Kreislauf Magen Darm Lunge Niere Blase Leber Galle Haut
Rheuma Diabetes Nerven Kopfschmz. Schwindel Gelenke Rücken Schlafstörung

4. Unverträglichkeiten/Allergien?

5. Frühere Erkrankungen

6. Familiäre Erkrankungen Immunerkrankungen Krebs andere:

7. Operationen/Unfälle
(was/wann)

8. Infektionen Herpes/Covid/Hepatitis/HIV/andere:

9. Impfungen/Reaktionen:

10. Zahnstatus: Extraktionen/Implantate/Parodontose/Anderes?

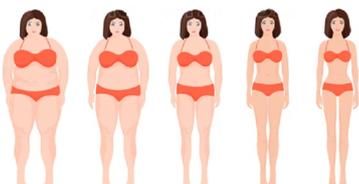
11. Fühlen Sie sich: Depressiv/ Müde/ Erschöpft/ wenig Energie?

12. Sind Sie vermehrt unter Stress? Ja Nein Manchmal

13a. Haben Sie Schmerzen? Ja Nein Manchmal Falls ja, wo?

13b. Wie starke Schmerzen haben Sie? 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

14. Wie würden Sie sich vom Typ einschätzen?



15. Hat sich Ihr Gewicht in letzter Zeit verändert?

keine Veränderung Zunahme Abnahme
5 kg 10 kg 15kg mehr

16. Nehmen Sie regelmässig Medikamente/Hormone ein? (Falls ja, welche)

17. Nehmen Sie Vitamine/Nahrungsergänzungen? (Falls ja, welche)

18. Nehmen Sie Medikamente zur Blutverdünnung/ besteht eine Blutgerinnungsstörung? Ja Nein

BESCHWERDE-ERFASSUNG ♀

Punkte
nie = 0 selten = 1 häufig = 2 stark = 3

1. Mein Schlaf ist gestört
2. Ich schwitze auch ohne körperliche Belastung (Hitzewallungen).....
3. Mein Gedächtnis / meine Merkfähigkeit lässt nach.....
4. Ich leide unter Kopfschmerzen
5. Ich leide unter Gelenkschmerzen
6. Ich leide bei körperlicher Belastung unter Luftnot
7. Ich leide unter Herzstolpern und Herzjagen
8. Ich bemerke zunehmenden Haarausfall
9. Ich muss Nachts häufig Wasserlassen
10. Trockenheit von Haut und Schleimhäuten (Augen, Urogenital)
11. Meine sexuelle Lust nimmt ab.....
12. Ich drücke mich vor Verantwortung
13. Ich habe das Gefühl nicht mehr viel Wert zu sein.....
14. Ich habe das Gefühl dass meine Lebensenergie nachlässt.....
15. Ich leide unter Anfällen von Traurigkeit
16. Ich bin meines Lebens überdrüssig (Selbstmordgedanken)
17. Ich nehme unkontrolliert zu / ab (ohne veränderte Ernährung)

0-17 Punkte: Hormonbehandlung als Prophylaxe möglich
18-35 Punkte: Eine Hormonbehandlung sollte erfolgen
36-55 Punkte: Es besteht dringlicher Behandlungsbedarf

Totale Punktezahl

HORMONE/MENSTRUATION/SCHWANGERSCHAFTEN/ANDERE BESCHWERDEN

was sie nicht betrifft können Sie leer lassen

Erste Menses (Alter):

Letzte Menses (Datum,Alter): ...

Zyklusdauer: regelmässig unregelmässig

Blutungsdauer: Farbe Blutungsstärke Klumpen

Empfängnisverhütung: keine AB-Pille 3-Monatsspritze Spirale Andere

Hormoneinnahme: Bioidentische Hormone Andere

Schwanger Jahr natürlich künstlich Aborte Probleme

Geburt(en) natürlich Zange Kaiserschnitt Probleme

nur auszufüllen falls eine Geschlechtsumwandlung besteht.

Geschlechtsumwandlung..... Operativ Östrogen

WEITERE SYMPTOME Zyklusabhängig?

Schmerzen	Andere		
Unterbauch	Verstopfung	Pilz/Soor	Konzentrationsmangel
Unterleib / Vaginal	Epilepsie	Blähungen	Übelkeit/Erbrechen
Kopf	Blasenentzündungen	erhöhte Infektanfälligkeit	Fertilität vermindert
Nacken	Durchfall	Jucken/Trockenheit	Allergien
	ADS / ADHS	Appetitlosigkeit	andere <input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>

FRAGEBOGEN DARMGESUNDHEIT

Reizdarm, Colitis ulcerosa, M. Crohn, Magengeschwür, Reflux, Helicobacter, Zöliakie, Intoleranzen, Histamin

Seit wann treten die Beschwerden auf?

Was hilft gegen die Beschwerden?

Bisherige Behandlungen

Häufigkeit von Stuhlgang (Anzahl / Tag / Woche)

Stuhlfarbe, Form, Stuhlbeimengungen (Blut, Schleim)

Ernährungsform (Mischkost, Vegan, Vegetarier, Rohkost, Basendiät, 16/8, Proteindiät, Ketogen, Milchprodukte, Trennkost, andere) (Nikotin/ Coffein)

Diätversuche (welche, wie oft)

Medikamente Protonenpumpenhemmer, Antibiotika, Opiate, Cortison, NSAR, Hormone AB-Pille, Andere

Abführmittel

Darmentzündungen Parasiten, Würmer, Bakterien, Viren, Pilze / Auslandsaufenthalte / Haustiere

Alkoholverträglichkeit

SYMPTOME 0 Nie / 1 Manchmal / 2 Oft / 3 Immer

0	1	2	3		0	1	2	3	
				Ständiger Hunger					Trockener Stuhl, Verstopfung
				Heißhunger auf Süßes					Häufiger Stuhldrang
				fehlendes Sättigungsgefühl nach Essen					Muss drücken um Stuhl abzusetzen
				Nahrungsmittelunverträglichkeiten					Brennen beim Stuhl absetzen
				Appetitlosigkeit					Juckendes Gefühl in Aftergegend
				Gewichtszunahme					Hämorrhoiden
				Gewichtsverlust					Krampfartige Schmerzen im Bauch
				Völlegefühl					Schmerzen im Unterbauch
				Übelkeit					Schmerzen beim Stuhlgang
				Erbrechen					Belegte Zunge
				Magenbrennen bessert nach Essen					Brennende Zunge
				Druckgefühl im Magen					Mundgeruch
				Aufstoßen von Luft					Parodontose
				Saures Aufstoßen					Unreine Haut
				Saures Aufstoßen im Liegen					Allergien
				Blähungen					Eisen oder B12-Mangel-Anämie
				Blähungen nach dem Essen					Häufige Infekte
				Viel Windabgang (Häufigkeit?)					Fieber
				Erschwerter Windabgang					Rückenschmerzen
				Stinkender Windabgang					Kopfschmerzen, Migräne
				Müdigkeit nach dem Essen					Missgestimmt, Depression
				unregelmäßiger Stuhlgang					Häufig müde und energielos
				Abwechselnd Verstopfung / Durchfall					Konzentrationsstörungen
				Immer breiiger oder wässrigen Stuhl					Antriebslosigkeit
				Durchfall nach Essen (was)					Schwindel
				Klebriger Stuhl					Tinnitus
				Stinkender Stuhl					Einschlafstörungen
				Stuhl enthält viel unverdaute Nahrung					Durchschlafstörungen

bitte senden Sie mir das ausgefüllte Formular an anouk.wohlgemuth@hin.ch