

Befindlichkeit's Bogen

Es geht darum dass Sie sich in Zukunft besser fühlen!

Name: _____ Vorname: _____ Telefon: _____

Die folgenden Fragen dienen dazu, um uns Ihren körperlichen sowie seelischen Zustand etwas näher zu bringen.

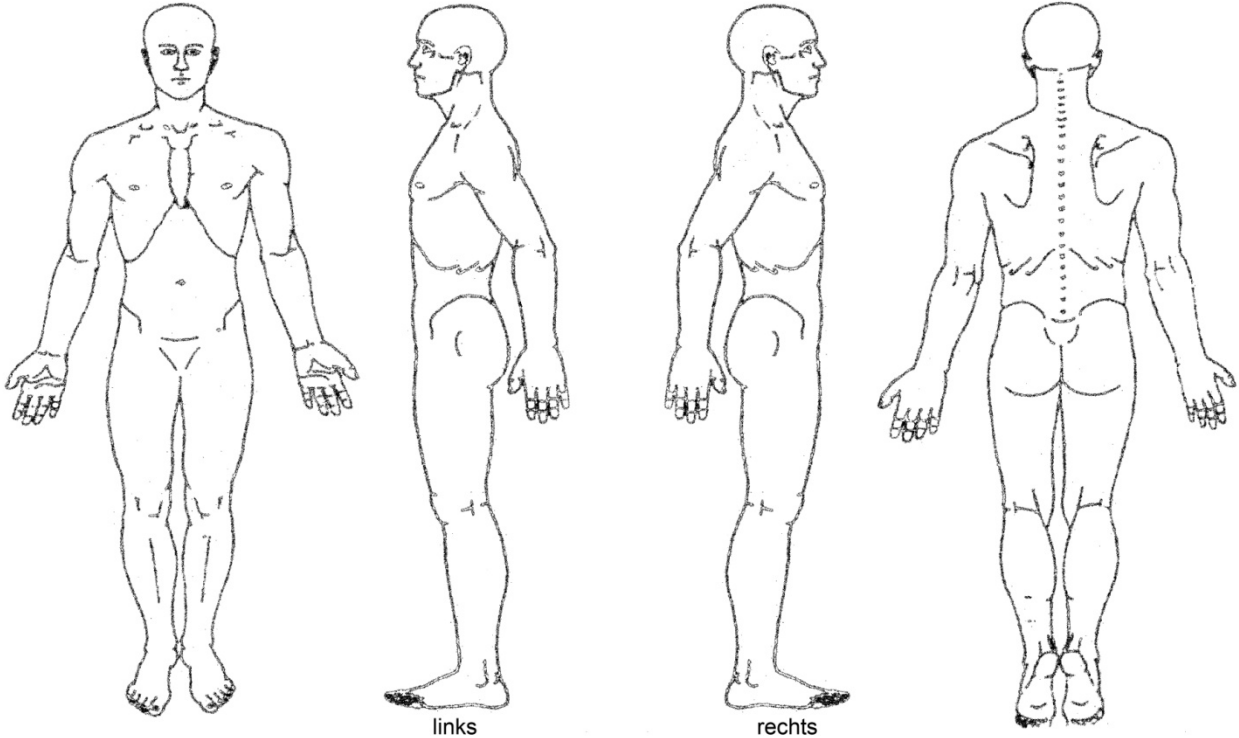
Wie fühlen Sie sich heute?

- | | | | |
|---------------------------------------|----------------------------------|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Weltklasse | <input type="checkbox"/> gut | <input type="checkbox"/> na ja | <input type="checkbox"/> schlecht |
| <input type="checkbox"/> sensationell | <input type="checkbox"/> ist ok | <input type="checkbox"/> nicht so gut | <input type="checkbox"/> total schlecht |
| <input type="checkbox"/> sehr gut | <input type="checkbox"/> geht so | | |

Befindlichkeit's Lokalisation (Bitte kennzeichnen Sie Ihre Befindlichkeiten!)

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Zahnschmerzen | <input type="checkbox"/> Schmerzen hinter dem Ohr | <input type="checkbox"/> Nackenschmerzen |
| <input type="checkbox"/> Schmerzen im Kiefergelenk | <input type="checkbox"/> Ohrenschmerzen | <input type="checkbox"/> Schulterschmerzen |
| <input type="checkbox"/> Kaumuskelschmerzen | <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen | <input type="checkbox"/> Ellenbogenschmerzen |
| <input type="checkbox"/> Gesichtsschmerzen | <input type="checkbox"/> Halsschmerzen | |

Bitte kennzeichnen wo im Körper Sie noch überall Befindlichkeiten haben! Wenn Sie z. B. Befindlichkeiten am Kopf und / oder im Gesicht haben, zeichnen Sie bitte genau ein, wo Sie diese Befindlichkeiten haben!



Befindlichkeit's Qualität

Ich empfinde meine Befindlichkeiten als...

- | | | | |
|--------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> quälend | <input type="checkbox"/> grausam | <input type="checkbox"/> durchstoßend | <input type="checkbox"/> pochend |
| <input type="checkbox"/> erschöpfend | <input type="checkbox"/> heftig | <input type="checkbox"/> drückend | <input type="checkbox"/> stechend |
| <input type="checkbox"/> mörderisch | <input type="checkbox"/> scheußlich | <input type="checkbox"/> pulsierend | <input type="checkbox"/> heiß |
| <input type="checkbox"/> schwer | <input type="checkbox"/> entnervend | <input type="checkbox"/> scharf | <input type="checkbox"/> dumpf |
| <input type="checkbox"/> furchtbar | <input type="checkbox"/> hämmernd | <input type="checkbox"/> unerträglich | <input type="checkbox"/> ziehend |
| <input type="checkbox"/> lähmend | <input type="checkbox"/> reißend | <input type="checkbox"/> schneidend | <input type="checkbox"/> bohrend |
| <input type="checkbox"/> klopfend | <input type="checkbox"/> glühend | <input type="checkbox"/> brennend | |

Weitere Befindlichkeiten

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Atembeschwerden | <input type="checkbox"/> Hals- und Rachenentzündung | <input type="checkbox"/> Heuschnupfen |
| <input type="checkbox"/> Nasennebenhöhlenentzündung | <input type="checkbox"/> "verstopfte" Nase | <input type="checkbox"/> Schnarchen/Atemaussetzer |
| <input type="checkbox"/> Berührungsempfindlichkeit | <input type="checkbox"/> Zittern (Augenlid, Zunge, Hände) | |

Haut / Nägel

- Falten
 trockene Haut

- Hautausschläge
 gelbe Nägel

- Narben
 Nagelbettentzündung

Haare

- Schuppen

- graue Haare

- Haarausfall

Augen

- Sehstörung
 Augenentzündung

- Lichtempfindlichkeit
 schlechte Dioptrien

- trockene Augen

Nacken und Hals

- Schluckbeschwerden
 Bandscheibenvorfall im HWS

- Kloß im Hals

- Nackensteifigkeit

Schulter und Arm

- Beweglichkeitseinschränkung

- kippeln/Taubheitsgefühl

Rücken

- Steifheit im Rücken

- Kälteempfindlichkeit im Rücken

- Bandscheibenvorfall im Rücken

Becken und Beine

- Schwäche der Beinmuskulatur

- kippeln/Taubheit an den Beinen

Stress

- beruflicher Stress
 privater/familiärer Stress
 Gereiztheit
 Ängstlichkeit
 Gedächtnisstörungen
 Appetitlosigkeit

- Sorgen
 starke Nervosität und Unruhe
 deprimierte Stimmung
 Unentschlossenheit
 Schlafstörungen
 Gewichtsverlust

- Konflikte
 Traurigkeit und Kummer
 Stimmungsschwankung
 Gefühl neben sich zu stehen
 Konzentrationsstörungen

Allgemeine Befindlichkeiten

- allergische Reaktionen
 Hautausschläge oder Hautjucken
 Infektanfälligkeit
 Asthma oder chron. Bronchitis
 Kurzatmigkeit
 Herz-Kreislauf-Beschwerden

- Magenbeschwerden
 Übergewicht
 Bewegungsmangel
 Müdigkeit/Mattigkeit/Erschöpfung
 weicher Stuhlgang/Durchfälle
 Verstopfung

- Blähungen
 Menstruationsstörungen
 Klimatechnische Beschwerden
 Nieren-/Blasenbeschwerden
 Stoffwechselerkrankungen
 Hormonelle Erkrankungen

- Haben Sie irgendwo in Ihrem Körper größere Narben oder Geschwüre oder sonstige Hautveränderungen?
 Wie wohnen Sie? Besteht die Möglichkeit, dass Sie in Ihrer Wohnung irgendwelchen Umweltbelastungen ausgesetzt sind?
 Sind Sie in Ihrer Arbeit/Hobby irgendwelchen Umweltbelastungen ausgesetzt?
 Wohnen oder arbeiten Sie in der Nähe von Starkstromleitungen oder Sendemasten?
 Gibt es einen bestimmten Ort, an dem sich Ihre Beschwerden deutlich verschlimmern?

- Müdigkeit/Mattigkeit/Erschöpfung
 Fühlen Sie sich oft müde und matt?
 Leiden Sie unter Allergien?
 Haben Sie Schlafstörungen?
 Sind Sie reizbar und nervös?
 Haben Sie finanzielle Sorgen?
 Sind Sie mit Ihren Wohnverhältnissen zufrieden?
 Sind Sie mit Ihrer beruflichen Stellung unzufrieden?

- Nutzen Sie häufig und intensiv Ihr Handy?
 Schlafen Sie schlecht?
 Haben Sie Stimmungsschwankungen?
 Sind Sie nervlich nicht belastbar?
 Sind Sie deprimiert?
 Fühlen Sie sich einsam?
 Sind Sie mit Ihrem Beruf unzufrieden?
 Macht Ihnen irgendetwas Angst, evtl. Existenzängste?

Herzlichen Dank für Ihre Mühe!