

Befindlichkeitsbogen

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.

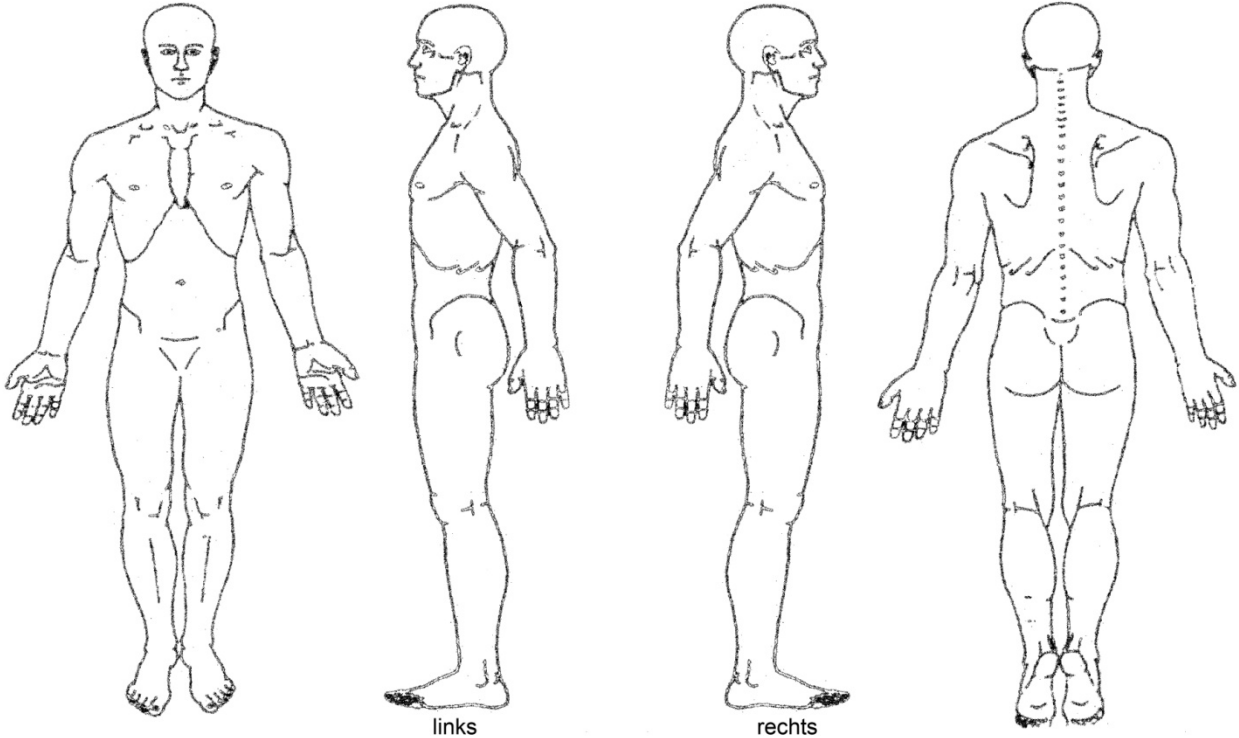
Wie fühlen Sie sich heute?

- | | | | |
|---------------------------------------|----------------------------------|---------------------------------------|---|
| <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 | | |

Befindlichkeitslokalisation (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!



Befindlichkeitsqualität

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 Selbsteobachtung!