

Befindlichkeit's Bogen

Es geht darum, dass Du Dich in Zukunft besser fühlst!

Name: _____ Vorname: _____ Telefon: _____

Die folgenden Fragen dienen dazu, Dir Deinen körperlichen sowie seelischen Zustand bewusst zu machen.

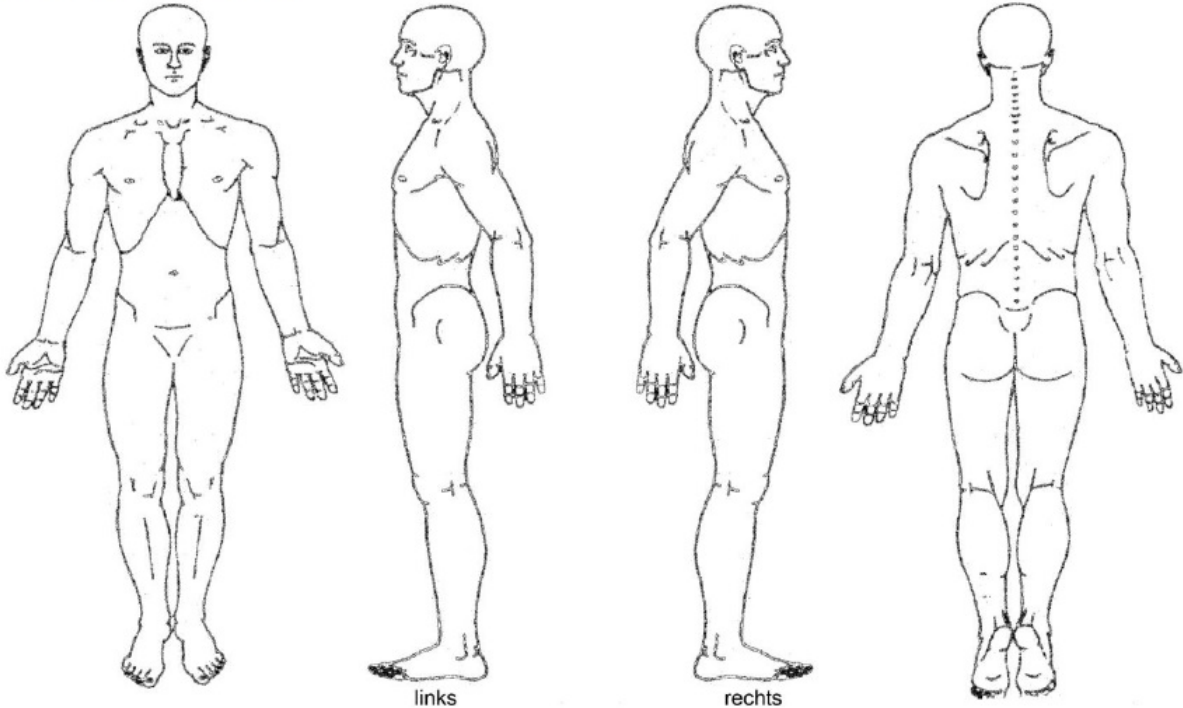
Wie fühlst Du Dich heute?

<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 kennzeichne Deine 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 kennzeichne, wo sich bei Dir Befindlichkeiten zeigen! Wenn Du z. B. Befindlichkeiten am Kopf und/oder im Gesicht hast, zeichne diese im unteren Schaubild genau ein!!



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

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Falten | <input type="checkbox"/> Hautausschläge | <input type="checkbox"/> Narben |
| <input type="checkbox"/> trockene Haut | <input type="checkbox"/> gelbe Nägel | <input type="checkbox"/> Nagelbettentzündung |

Haare

- | | | |
|-----------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Schuppen | <input type="checkbox"/> graue Haare | <input type="checkbox"/> Haarausfall |
|-----------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|

Augen

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Sehstörung | <input type="checkbox"/> Lichtempfindlichkeit | <input type="checkbox"/> trockene Augen |
| <input type="checkbox"/> Augenentzündung | <input type="checkbox"/> schlechte Dioptrien | |

Nacken und Hals

- | | | |
|---|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Schluckbeschwerden | <input type="checkbox"/> Kloß im Hals | <input type="checkbox"/> Nackensteifigkeit |
| <input type="checkbox"/> Bandscheibenvorfall im HWS | | |

Schulter und Arm

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Beweglichkeitseinschränkung | <input type="checkbox"/> kribbeln/Taubheitsgefühl |
|--|---|

Rücken

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Steifheit im Rücken | <input type="checkbox"/> Kälteempfindlichkeit im Rücken | <input type="checkbox"/> Bandscheibenvorfall im Rücken |
|--|---|--|

Becken und Beine

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Schwäche der Beinmuskulatur | <input type="checkbox"/> kribbeln /Taubheit an den Beinen |
|--|---|

Stress

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> beruflicher Stress | <input type="checkbox"/> Sorgen | <input type="checkbox"/> Konflikte |
| <input type="checkbox"/> privater/familiärer Stress | <input type="checkbox"/> starke Nervosität und Unruhe | <input type="checkbox"/> Traurigkeit und Kummer |
| <input type="checkbox"/> Gereiztheit | <input type="checkbox"/> deprimierte Stimmung | <input type="checkbox"/> Stimmungsschwankung |
| <input type="checkbox"/> Ängstlichkeit | <input type="checkbox"/> Unentschlossenheit | <input type="checkbox"/> Gefühl neben sich zu stehen |
| <input type="checkbox"/> Gedächtnisstörungen | <input type="checkbox"/> Schlafstörungen | <input type="checkbox"/> Konzentrationsstörungen |
| <input type="checkbox"/> Appetitlosigkeit | <input type="checkbox"/> Gewichtsverlust | |

Allgemeine Befindlichkeiten

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> allergische Reaktionen | <input type="checkbox"/> Magenbeschwerden | <input type="checkbox"/> Blähungen |
| <input type="checkbox"/> Hautausschläge oder Hautjucken | <input type="checkbox"/> Übergewicht | <input type="checkbox"/> Menstruationsstörungen |
| <input type="checkbox"/> Infektanfälligkeit | <input type="checkbox"/> Bewegungsmangel | <input type="checkbox"/> Wechseljahresbeschwerden |
| <input type="checkbox"/> Asthma oder chron. Bronchitis | <input type="checkbox"/> Müdigkeit/Mattigkeit/Erschöpfung | <input type="checkbox"/> Nieren-/Blasenbeschwerden |
| <input type="checkbox"/> Kurzatmigkeit | <input type="checkbox"/> weicher Stuhlgang/Durchfälle | <input type="checkbox"/> Stoffwechselerkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Herz-Kreislauf-Beschwerden | <input type="checkbox"/> Verstopfung | <input type="checkbox"/> 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?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Müdigkeit/Mattigkeit/Erschöpfung | <input type="checkbox"/> Nutzen Sie häufig und intensiv Ihr Handy? |
| <input type="checkbox"/> Fühlen Sie sich oft müde und matt? | <input type="checkbox"/> Schlafen Sie schlecht? |
| <input type="checkbox"/> Leiden Sie unter Allergien? | <input type="checkbox"/> Haben Sie Stimmungsschwankungen? |
| <input type="checkbox"/> Haben Sie Schlafstörungen? | <input type="checkbox"/> Sind Sie nervlich nicht belastbar? |
| <input type="checkbox"/> Sind Sie reizbar und nervös? | <input type="checkbox"/> Sind Sie deprimiert? |
| <input type="checkbox"/> Haben Sie finanzielle Sorgen? | <input type="checkbox"/> Fühlen Sie sich einsam? |
| <input type="checkbox"/> Sind Sie mit Ihren Wohnverhältnissen zufrieden? | <input type="checkbox"/> Sind Sie mit Ihrem Beruf unzufrieden? |
| <input type="checkbox"/> Sind Sie mit Ihrer beruflichen Stellung unzufrieden? | <input type="checkbox"/> Macht Ihnen irgendetwas Angst, evtl. Existenzängste? |