

Fragebogen für *Männer*

Bitte beidseitig ausdrucken!

■ Persönliche Daten

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: ____ Alter: ____

Gewicht: ____ Größe: ____

Wegen welcher Beschwerden, Fragen, Probleme suchen Sie meinen Rat? _____

Bereiche im Fragebogen, die für Sie nicht zutreffen oder die Sie nicht beantworten wollen, einfach übergehen.

■ Anamnese

» Nehmen Sie regelmäßig **Medikamente** ein, wenn ja welche? _____

» Nehmen Sie derzeit **Psychopharmaka** ein, wenn ja welche? _____

» Wurde schon einmal wegen Ihrer **Schilddrüse** eine Diagnose gestellt, wenn ja welche und wann? _____

(Wenn möglich bitte aktuelle Befundkopie(n) beilegen.)

» Nehmen Sie **Medikamente für die Schilddrüse** ein, wenn ja welche? _____

» Welche **Impfungen** erhielten Sie in den letzten 10 Jahren? _____

» Wurden Sie schon einmal operiert? Wenn ja **welche Operationen** wurden durchgeführt und **wann?** _____

» Gab es **auffällige Beschwerden** in der Zeit **nach dem Eingriff? Narbenschmerzen?** _____

» Hatten Sie **Zahnbehandlungen oder Wurzelbehandlungen** in den vergangenen Jahren, wenn ja welche? _____

» Haben Sie **Amalgamfüllungen** im Mund, wenn ja wie viele? _____

» **Antibiotikabehandlungen** in den letzten 10 Jahren: insgesamt circa 1 – 3 4 - 10

Mehr als 10

» Haben Sie schon mal eine **Entgiftung** durchgeführt, wenn ja in welcher Form? _____

» Haben Sie Allergien, Heuschnupfen, Nahrungsmittelunverträglichkeiten? Wenn, ja welche? _____

» Welche **Krankheiten** haben in Ihrem Leben eine große Rolle gespielt oder Spuren hinterlassen?

» Wie empfinden Sie sich gegenüber **Infektionskrankheiten**? Anfällig Robust

» Gab (oder gibt) es in Ihrem Leben eine **Krebsdiagnose**? Wenn ja, in welchem Organ? _____

» Gibt oder gab es eine **Krebsdiagnose in Ihrer Familie**? _____

» Welches Körperteil würden Sie als Ihre **persönliche Schwachstelle** bezeichnen? _____

» Leiden Sie an einer oder mehreren **Autoimmunkrankheiten**, wenn ja welche(n)? _____

» **Frieren** Sie leicht? Ja Nein

» Sind Sie am **Hals** empfindlich (spüren Sie z.B. ein unangenehmes Gefühl bei Rollkragenpullis)? Ja

Nein

» Haben Sie spürbar **trockene Haut**, wenn ja wo besonders? _____

» Haben Sie Probleme mit dem **Blutdruck**, wenn ja ist Ihr Blutdruck eher zu hoch oder zu niedrig? _____

» **Rauchen** Sie? Ja Nein Falls ja, wie viele Zigaretten am Tag? _____

■ Thema soziales Umfeld und Vergangenheit

» Hatten Sie als junger Mensch unter vielen **Familienkonflikten** zu leiden, wenn ja unter welchen? _____

» Hatten Sie eine gute, vertrauensvolle **Mutterbeziehung**? _____

» Hatten Sie eine gute, vertrauensvolle **Vaterbeziehung**? _____

» Leben Sie in einer **Beziehung**? Ja Nein

» Empfinden Sie diese als: Gut Durchschnittlich Konfliktreich Ausweglos
 Reinste Hölle

» Würde Ihnen aus Ihrer Sicht momentan eine **Konflikthilfe** gut tun? _____

» Wie oft mussten Sie bisher durch die Erfahrung der **Partnerschaftstrennung**? _____

» Hatten Sie in jüngster Vergangenheit **schreckliche Erfahrungen** zu verarbeiten? _____

» Haben Sie zu Hause die Möglichkeit sich **zurückzuziehen**? _____

» Haben Sie eine **Gruppe** in der Sie sich getragen wissen? _____

» Haben Sie **Freunde, Menschen** auf die Sie sich in der **Not** verlassen können? Ja Nein

■ Thema Andropause, für Männer ab 45

» Haben Sie in letzter Zeit **Veränderungen** an sich festgestellt, wenn ja in welchem Alter? _____

» Leiden Sie unter **Unterbrechungen** oder „Bremse“, im Urinstrahl? Ja Nein

» Wann war die **letzte Prostatavorsorgeuntersuchung**? _____

» Welches **Ergebnis** wurde festgestellt? _____

■ Thema Ernährung

» Was beinhaltet Ihr typisches **Frühstück**? _____

» Was und wie viel **Liter** trinken Sie am Tag? _____

» Wie viele Tassen Kaffee? _____

» Wie viel Alkohol trinken Sie der Woche (Liter)? _____

» Bevorzugen Sie **Schnellimbiss**? Ja Nein

» **Kochen** Sie selbst? Ja Nein

» Essen Sie mindestens einmal täglich warm? Ja Nein

» Gehen Sie in die **Kantine**? Ja Nein

» Wie oft essen Sie **Brot** am Tag, welches? _____

» Wie oft essen Sie **Früchte** am Tag? _____

- » Wie oft **Salat** am Tag? _____
- » Ernähren Sie sich **vegetarisch**? Ja Nein **vegan**? Ja Nein
- » Wie oft essen Sie pro Woche **Fisch**? _____
- » Wie oft pro Woche **Fleisch**? _____
- » Wie oft pro Woche **Eier**? _____
- » Haben Sie am Vormittag eine regelmäßige **Zwischenmahlzeit**, welche? _____
- » Haben Sie des Öfteren **Heißhunger auf Süßes oder Salziges**, wenn ja auf was? _____
- » Was essen Sie am **Nachmittag**? _____
- » **Essen** Sie mit: Großem Appetit Wenig Appetit Hastig Mit Genuss
- » Was gehört zu Ihrem typischen **Abendessen**? _____
- » Wann essen Sie **zu Abend**? ca. _____ Uhr
- » Was essen Sie zwischen **Abendessen und dem Zubettgehen**? _____
- » Wie viele Esslöffel kalt gepresstes **Öl** pro Tag erhält Ihre tägliche Nahrung? ___EL
- » Nehmen Sie **Vitamintabletten**, wenn ja wie viele am Tag (Stückzahl)?

- » Nehmen Sie **Mineraltabletten**, wenn ja wie viele am Tag (Stückzahl)?

- » Nehmen Sie **Nahrungsergänzungsmittel**, z.B.: Kürbiskernöl Meeresalgen
 Johanniskraut Knoblauchpräparate Andere Nahrungsergänzungsmittel: _____

■ Thema Belastung

- » Welche **berufliche Tätigkeit** üben Sie aus? _____
- » Arbeiten Sie im **Schichtdienst**? Ja Nein
- » **Pflegen** Sie derzeit Angehörige? Ja Nein
- » Wie empfinden Sie Ihre aktuelle **seelische** Belastung? Keine Durchschnittlich
 Zu hoch
- » Wie empfinden Sie Ihre aktuelle **körperliche** Belastung? Gering Durchschnittlich
 Zu hoch
- » Wie empfinden Sie Ihre aktuelle **nervliche** Belastung? Gering Durchschnittlich
 Zu hoch
- » Wie empfinden Sie Ihre aktuelle **berufliche** Belastung? Gering Durchschnittlich
 Zu hoch
- » Haben Sie z.Z. **Sorgen**, um die sich Ihre Gedanken Tag und Nacht kreisen? Ja Nein
- » Welche Arten der **Entspannungsmöglichkeiten** nutzen Sie, wie oft in der Woche? _____

- » Wie oft in der Woche halten Sie **Mittagsschlaf**? _____

- » Zu welcher Uhrzeit gehen Sie normalerweise **zu Bett**? _____
- » Können Sie leicht **einschlafen**? Ja Nein
- » Können Sie **durchschlafen**? Ja Nein
- » Falls Nein, Uhrzeit zu der Sie nachts aufwachen: _____
- » **Wie viele Stunden schlafen** Sie durchschnittlich pro Nacht? _____

Bitte markieren Sie jeweils mit 1 – 3 Kreuzchen in die jeweiligen Spalten, wie oft sie von dem Symptom betroffen sind.

Nur wenn möglich, Symptome den unterschiedlichen Zyklustagen zuordnen!

(X = hin und wieder, XX = öfter, regelmäßig in Phasen; XXX = sehr häufiges, wesentliches Problem)

Symptomübersicht	Intensität		
	leicht	mittel	stark
1. Kopfschmerzen, Migräne			
2. Schwindelgefühle			
3. dunkle Ringe um die Augen			
4. Bindehautentzündungen			
5. Lichtempfindlichkeit			
6. Nebenhöhlenentzündungen			
7. Tinnitus, Ohrensausen			
8. Zahnfleischbluten			
9. weiße Bläschen im Mund (Aphten)			
10. Herpes			
11. Halskratzen, Halsentzündungen			
12. Mitesser/Pickel			
13. Atemnot, Asthma, Kurzatmigkeit			
14. Reizhusten			
15. Herzrasen			
16. Herzstechen			
17. Herzrhythmusstörungen			
18. Kreislaufbeschwerden			
19. starkes Schwitzen			
20. Übelkeit, Brechreiz			
21. Magenschmerzen			
22. Häufiges Aufstoßen oder Sodbrennen			
23. Appetitlosigkeit			
24. verminderte Alkoholverträglichkeit			
25. Verstopfung			
26. Durchfall oder breiige Stühle			
27. Blähungen			
28. Schmerzen beim Stuhlgang			
29. Rückenziehen, Rückenschmerzen, wo?			
30. Verspannungen, wo?			
31. Gelenkschmerzen, wo?:			

32. Krämpfe in Armen oder Beinen			
33. Kribbeln/Taubheitsgefühl, wo?:			
34. Traurigkeit			
35. Depressionen			
36. Ängste			
37. Panikgefühle/-attacken			
37. Launen, Überreaktionen, Reizbarkeit			
38. Vergesslichkeit, Konzentrationsprobleme			
39. lähmende Müdigkeit oder Antriebslosigkeit			
40. Hitzeunverträglichkeit			
41. unerklärliche Gewichtszunahme			
42. unerklärliche Gewichtsabnahme			
43. trockenes Haar			
44. Haarausfall			
45. häufiges Frieren			
46. Bluthochdruck			
47. zu niedriger Blutdruck			

DANKE für Ihre Mithilfe ☺