



Naturheilpraxis

Ilona Bauer - Renz

- Heilpraktikerin -

16227 Eberswalde

Heideweg 4

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient.

Der folgende Anamnesebogen soll dazu beitragen, dass wir möglichst schnell herausfinden, was Ihnen fehlt, bzw. wo Ihre gesundheitlichen Probleme liegen.

Um die Ursachen zu finden und nicht nur die Symptome zu behandeln, sind wir auf möglichst viele Informationen von Ihnen angewiesen.

Weiterhin finden Sie anschließend noch diverse Fragebögen zu unterschiedlichen Themen.

Bitte füllen Sie den Anamnesebogen und die Fragebögen sehr sorgfältig und gewissenhaft aus. Bereiche, die für Sie nicht zutreffen, überspringen Sie.

Nehmen Sie sich genug Zeit beim Ausfüllen, damit wir schnell eine passende Therapie für Ihre Beschwerden finden können.

Wenn Sie zu Ihren Beschwerden Vorbefunde, Labor- und Krankenhausberichte, Röntgenbilder, MRT-CD's oder Ähnliches haben, bringen Sie diese bitte zum Behandlungstermin mit. Wir scannen uns alles Notwendige in unser System.

Wichtig !

Aus gesetzlichen Gründen sind wir dazu angehalten, Ihr Einverständnis für die Behandlung, Abrechnung und die Zustimmung zum Datenschutz einzuholen.

Bitte unterschreiben Sie beigefügte „Einverständniserklärung“.

- Ilona Bauer-Renz –
Heilpraktikerin



Naturheilpraxis

Ilona Bauer - Renz
- Heilpraktikerin -

16227 Eberswalde
Heideweg 4

Einverständniserklärung

zwischen:		und:	Ilona Bauer - Renz - Heilpraktikerin -
-----------	--	------	---

Ich erkläre mich ausdrücklich einverstanden mit der:

Im Rahmen der Abrechnung beachten Sie bitte:

- Weitergabe der zum Zweck der Abrechnung und Geltendmachung erforderlicher Informationen, insbesondere ausgewählter Daten aus der Patientenkartei (Name, Geburtsdatum, Anschrift, Leistungsabrechnung und falls erforderlich Befunde, Behandlungsdaten und -verläufe) an eine privatärztliche Abrechnungsstelle.
 - Abtretung der sich aus der Behandlung ergebenden Forderungen z. B. an eine privatärztliche Abrechnungsstelle oder eine sonstige Inkassounternehmung.
 - Diese Zustimmung gilt auch für zukünftige Behandlungen; sie ist jederzeit mit sofortiger Wirkung widerrufbar. Der Widerruf muss vor der Behandlung erfolgen.
- Die Kosten der Therapien sowie der verordneten Heilmittel werden durch die gesetzlichen Krankenkassen (GKV) in der Regel nicht übernommen.
 - Die Übernahme der Behandlungskosten sowie der verordneten Heilmittel durch die privaten Krankenversicherer und Beihilfestellen erfolgt unterschiedlich. Dieses hängt u. a. vom jeweiligen und individuellen Tarif ab. Auch hier erfolgt eine Einzelprüfung.
 - Unabhängig von einer abweichenden Beurteilung der medizinischen Notwendigkeit, einer medizinisch - wissenschaftlichen Anerkennung der durchgeführten Therapien und Diagnostik oder einer abweichenden Erstattung durch Beihilfestellen oder privaten Kranken- Versicherungen ist der Rechnungsbetrag in voller Höhe zu zahlen.
- ☐ Ich benötige eine detaillierte Liquidation nach einem Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebÜH) bzw. Gebührenordnung für Ärzte (GoÄ) zur Einreichung bei meinem Leistungsträger (z.B. private Krankenversicherung oder Beihilfestelle).
- ☐ Ich benötige eine Rechnung bzw. eine Quittung ohne Gebührenpositionen nach dem Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebÜH) bzw. Gebührenordnung für Ärzte (GoÄ). Diese kann z.B. im Rahmen der Einkommenssteuererklärung als Beleg genutzt werden.

Einige der in unserer Naturheilpraxis angewandten Therapie- und Diagnoseverfahren sind noch nicht in direkter Nennung in ein Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker bzw. in die Gebührenordnung für Ärzte (GoÄ) eingegangen. Aus diesem Grund können diese Therapien analog zu den nachfolgend genannten Gebührensätzen abgerechnet werden:

- Manuelle Therapieverfahren: Hierbei werden insbesondere chiropraktische, medikomechanische sowie osteopathische Behandlungen durchgeführt. Insbesondere im Rahmen der Osteopathie können sehr umfangreiche, entweder strukturelle, aber auch ganzheitliche Behandlungen durchgeführt werden, also nicht nur im Rahmen des Muskel- und Skelett-Systems. Abgerechnet werden diese therapeutischen Maßnahmen über die GebÜH Ziffern: 20.2, 20.4 20.7, 34.2 (oder 34.1) 35.2 bzw. 35.3.
- Bio-Elektrische Funktionsdiagnostik und Therapie: Dieses Reiz-Therapie-Verfahren arbeitet mit multifrequenten Reizströmen zur Regulation bzw. Stimulation des körpereigenen Immunsystems. Darüber hinaus können bioelektrische Informationen des Patienten gemessen und im Rahmen der Diagnostik ausgewertet werden. Dieses Verfahren hat eine große Verbreitung, z.B. in der Sportmedizin. Es handelt sich hierbei nicht um ein Bio-Resonanz-Verfahren. Abgerechnet werden diese Behandlungen über die GebÜH Ziffern: 14.8, 20.11, 39.9, 39.11 sowie 39.12.
- Ausleitungen: Um Gift- und Schlackenstoffe auszuleiten, alte und chronische Prozesse zu lösen bzw. das Immunsystem und den Organismus anzuregen, können neben einer medikamentösen Therapie auch ausleitende Therapien eingesetzt werden. Das gemeinsame Prinzip der ausleitenden Verfahren ist die Ausleitung von Stoffen aus dem Körper, die seine Gesundheit beeinträchtigen. Abgerechnet werden diese Behandlungen über die GebÜH Ziffern: 25.8 und falls erforderlich 25.2, 25.4, 28.2 und 33.1.

Im Rahmen einer Liquidation nach GebÜH bzw. GoÄ erkläre ich mich damit einverstanden, dass oben genannte Gebührensätze je nach Art und Umfang der Therapie und Diagnose zur Rechnungsstellung verwendet werden können. Ich entbinde meine(n) Heilpraktiker(in) bzw. Arzt von seiner ärztlichen Schweigepflicht, soweit dies für die Abrechnung und Geltendmachung der Forderungen erforderlich ist.

Eberswalde, den

.....
(Ort, Datum, Unterschrift)

Naturheilpraxis
HP Ilona Bauer-Renz
Heideweg 4
16227 Eberswalde

Bankverb.: Berliner Volksbank
Kto.Nr. 7399906002
BLZ 10090000

IBAN: DE95100900007399906002 BIC: BEVODEBB

Tel. 03334 361209
Fax 03334 356579
UST-ID: DE261137222



Naturheilpraxis

Ilona Bauer - Renz
- Heilpraktikerin -

16227 Eberswalde
Heideweg 4

Anamnese – Fragebogen

Bitte füllen Sie den Fragebogen genau aus
und bringen ihn zum ersten Termin mit.
Bei den Beispielen genügt es anzukreuzen, sofern diese zutreffen,
oder mit eigenen Worten beantworten.

Bitte nehmen Sie sich genügend Zeit dafür,
denn es hilft uns, herauszufinden,
wie wir Ihnen helfen können.

Vorname

Name

Strasse

Nr.

PLZ

Wohnort

Telefon

Mobil

Fax

Geburtstag

Blutgruppe

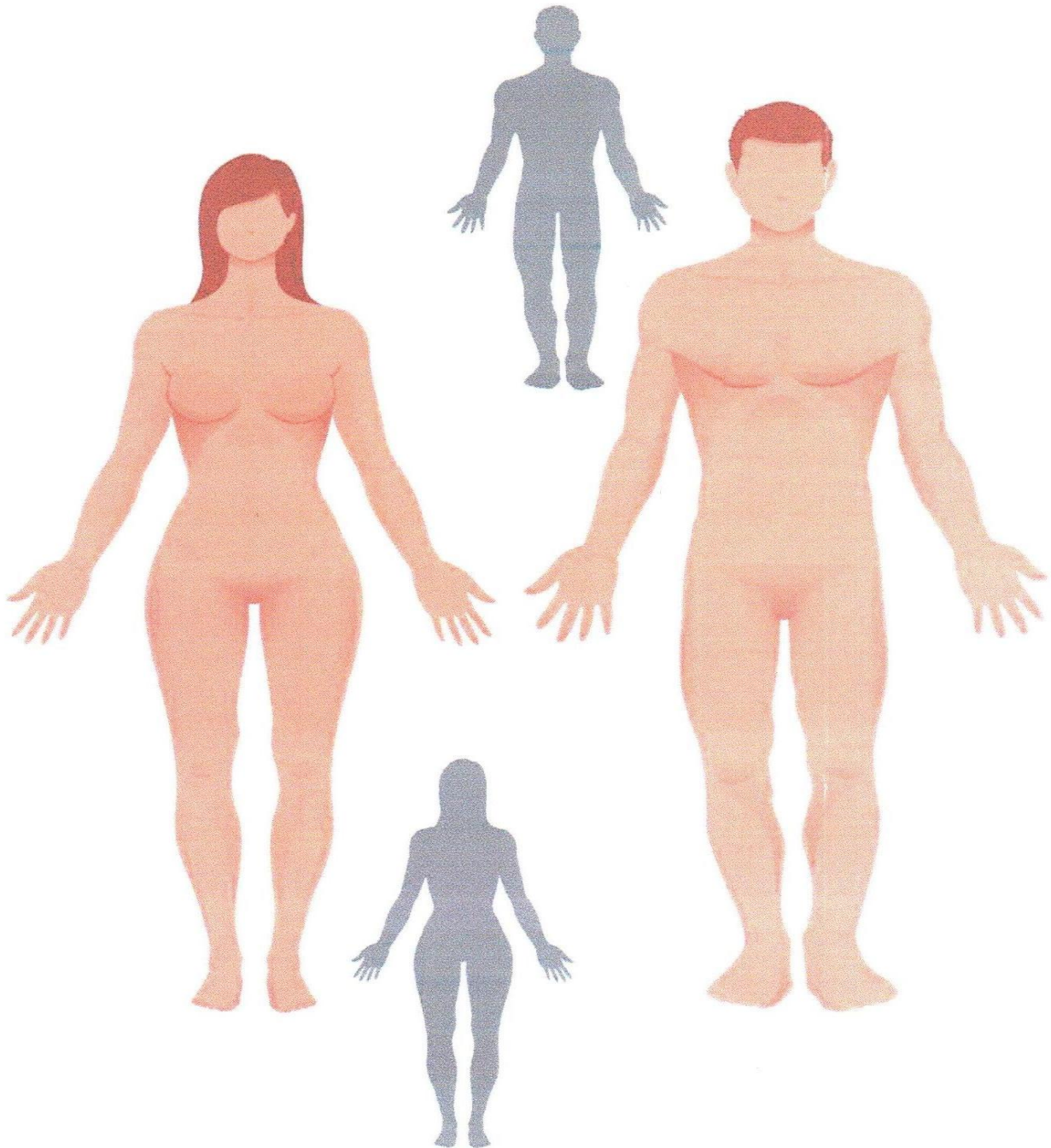
E-Mail

Körpergröße / Gewicht

Beruf / Tätigkeit

Akute Beschwerden

An welche Körperstellen haben Sie akute Beschwerden?
Einfach intuitiv markieren.



Akute Beschwerden

Unter welchen akuten Beschwerden leiden Sie und seit wann?

Ordnen Sie die Beschwerden nach Ihrer Wichtigkeit.

1.	seit:
2.	seit:
3.	seit:
4.	seit:
5.	seit:
6.	seit:
7.	seit:
8.	seit:

Was war unmittelbar vor dem ersten Auftreten Ihrer jetzigen Beschwerden?

- | | |
|--|---|
| ☐ Eine Erkrankung | ☐ Kummer |
| ☐ Trauer | ☐ Schreck |
| ☐ Operationen | ☐ Hautausschläge |
| ☐ andere: | |

Welche Behandlungen haben Sie gegen die Beschwerden bereits bekommen?

Welche Medikamente/Nahrungsergänzungsmittel nehmen Sie zur Zeit ein?

Welche Ärzte, Kliniken, Heilpraktiker haben Sie bislang aufgesucht und wie war der Erfolg?

Was erwarten Sie von meiner Behandlung?

Allgemeine Symptome

- ☐ Mangelnde Konzentration
- ☐ Ich bin müde und erschöpft
- ☐ Ich bin verstärkt reizbar
- ☐ Ich habe Ängste–
Schuldgefühle–Konflikte

- ☐ Ich schwitze sehr schnell
- ☐ Ich schwitze in der Nacht

An welchem Körperteil?

- ☐ kalter Schweiß
- ☐ warmer Schweiß

- ☐ Ich friere sehr schnell
- ☐ Kalte Hände ☐ kalte Füße

Wie belastbar und leistungsfähig fühlen Sie sich?

- ☐ sehr belastbar
- ☐ mäßig belastbar
- ☐ gar nicht belastbar

Kopf

Leiden Sie unter Kopfschmerzen?

- ☐ häufig ☐ selten ☐ nie
- ☐ Stirn–Augen–Schläfenregion
- ☐ Hinterhauptregion
- ☐ morgens ☐ abends
- ☐ halbseitig ☐ doppelseitig
- ☐ links ☐ rechts
- ☐ wandernd von links nach rechts
- ☐ wandernd von rechts nach links

Auslöser der Kopfschmerzen:

Was verbessert:

Was verschlechtert:

Leiden Sie unter Haarausfall?

- ☐ ja, seit:
- ☐ kreisrunder Haarausfall
- ☐ vereinzelter Haarausfall

Augen

- ☐ Bindehautentzündung
- ☐ kurzsichtig ☐ weitsichtig
- ☐ sonstige Beschwerden
- ☐ Brille seit:

Ohren

- ☐ Schmerzen links
- ☐ Schmerzen rechts
- ☐ beidseitig
- ☐ Mittelohrentzündungen
- ☐ Schwerhörig
- ☐ Ohrengeräusche
- ☐ Ohrendruck

Nase

- ☐ Operationen ☐ Heuschnupfen
- ☐ Nasennebenhöhlenentzündungen
- ☐ behinderte Nasenatmung
- ☐ Nase verstopft
- Absonderungen:
- ☐ wässrig ☐ schleimig
- ☐ eitrig ☐ grünlich
- ☐ Allergien auf:

Mandeln

- ☐ Operation
- ☐ häufig Mandelentzündungen
- ☐ als Kind
- ☐ heute

Schilddrüse

- ☐ Überfunktion ☐ Unterfunktion
- ☐ Vergrößerung ☐ Operation

Zähne/Kiefer

Zahnerkrankungen und Zahnwerkstoffe können sich auf die Gesundheit des gesamten Körpers auswirken.

- ☐ Erschwerter Durchbruch der Weisheitszähne
- ☐ Wurzelbehandelte Zähne
- ☐ Tote Zähne
- Empfindliche Zähne auf:
- ☐ heiß ☐ kalt
- ☐ Parodontose/Parodontitis

Wurden bei Ihnen Amalgamfüllungen entfernt?

- ☐ Ja ☐ Nein

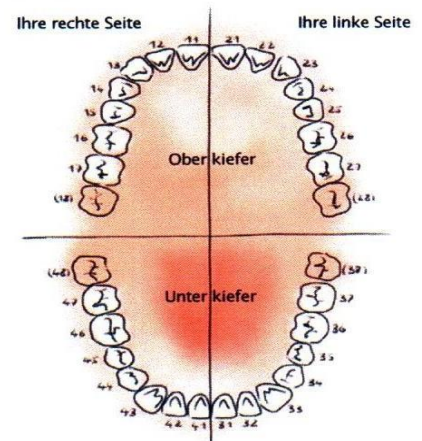
Zahnfüllmaterialien:

- ☐ Amalgam ☐ Gold
- ☐ Titan ☐ Kunststoff
- ☐ Keramik ☐ Palladium
- ☐ Implantate

Kiefergelenke:

- ☐ Schmerzen
- ☐ Geräusche beim Kauen
- ☐ Blockade
- ☐ Zähneknirschen

Bitte markieren Sie behandelte oder erkrankte Zähne oder Zahnfleisch.



Körper und Organfunktionen

Brustdrüse

- ☐ Beschwerden
- ☐ Operationen

Herz

- ☐ Beschwerden
- ☐ Stechen
- ☐ Druckgefühl
- ☐ Infarkt
- ☐ Beklemmung
- ☐ Rythmusstörungen

Lunge

- ☐ Bronchitis
- ☐ häufig Husten
- ☐ Atemnot

Leber

- ☐ Entzündungen
- ☐ Hepatitis

Galle

- ☐ Steine
- ☐ Koliken
- ☐ Operation
- ☐ Druck im Oberbauch
- ☐ Fettunverträglichkeit

Magen

- ☐ Völlegefühl
- ☐ Gastritis
- ☐ Appetitlosigkeit
- ☐ Sodbrennen

Rücken

- ☐ Schmerzen
- ☐ Hexenschuss
- ☐ Ischias
- ☐ Skoliose
- ☐ Verspannungen
- ☐ Myoklyosen

Niere/Blase

- ☐ Nierensteine,
- ☐ Entzündungen
- ☐ häufig:

Harn

- ☐ viel
- ☐ wenig
- ☐ häufig
- ☐ kann nicht halten
- ☐ Geruch nach:

Darm

- ☐ Infektionen
- ☐ Hämorrhoiden
- ☐ Blinddarmoperation
- ☐ Blähungen
- ☐ Reizdarm
- ☐ chr. Darmerkrankungen
- ☐ Polypen
- ☐ Divertikel
- ☐ Verwachsungen

Stuhlgang

- ☐ täglich
- ☐ jeden 2.Tag
- ☐ unregelmäßig
- riecht nach:
-
- ☐ Neigung zur Verstopfung
- ☐ Neigung zum Durchfall

Konsistenz des Stuhls:

- ☐ hell
- ☐ dunkel
- ☐ übelriechend
- ☐ hart
- ☐ knollig
- ☐ weich
- ☐ schmierig
- ☐ pastenartig
- ☐ kann Stuhl nicht halten
- ☐ Gefühl nicht fertig zu werden

Arme

- ☐ Verletzungen
- ☐ Schmerzen
- ☐ Tennisellenbogen
- ☐ Kribbeln
- ☐ kalte Hände

Beine

- ☐ Schmerzen
- ☐ Krampfadern
- ☐ Operationen
- ☐ Verletzungen
- ☐ kalte Füße
- ☐ Kribbeln
- ☐ Taubheitsgefühl

Rücken

- ☐ Beweglichkeit
- ☐ Verspannungen
- ☐ Belastungen
- ☐ Rheuma

Haut/Nägel

- ☐ Verbrennungen
- ☐ Narben
- ☐ Geschwüre
- ☐ Hautjucken
- ☐ Warzen
- ☐ Pilze
- ☐ eingewachsene Nägel
- ☐ Nagelbettentzündungen
- ☐ Allergien auf:
-
-
-
-
-
-

Gynäkologischer/urologischer Bereich

Sexualität

- ☐ vermindert
- ☐ verstärkt
- ☐ unbefriedigt
- ☐ Beschwerden beim Geschlechtsverkehr

Frau

Ausfluß:

- ☐ keinen ☐ stark
- ☐ weiß ☐ gelb
- ☐ wundmachend
- ☐ färbt die Wäsche

- ☐ Schmerzen
- ☐ Eierstockentzündungen
- ☐ Ausschabungen
- ☐ Fehlgeburten
- ☐ Geburten / viele:
- ☐ Abtreibungen
- ☐ Tumore
- ☐ Zysten
- ☐ Myome
- ☐ Geschlechtskrankheiten
- ☐ Sterilisation

Verhütungsmaßnahmen:

- ☐ Antibabypille
- ☐ Spirale
- ☐ Hormonspritze

Wann war die erste Menses?

.....

Wann die letzte?

.....

Blutungen sind:

- ☐ hell
- ☐ dunkel
- ☐ klumpig
- ☐ braun
- ☐ regelmäßig
- ☐ unregelmäßig

Mann

Prostata

- ☐ vergrößert
- ☐ Entzündungen
- ☐ Beschwerden beim Wasserlassen
- ☐ Geschlechtskrankheiten

Urologisch

- ☐ Sterilisation
- ☐ Erektionsprobleme

Lebensweise

Treiben Sie regelmäßig Sport?

☐ ja ☐ nein

Ist ihr Schlaf und ihr Arbeitsplatz baubiologisch untersucht worden? (Elektrosmog, Geopathie, Umwelttoxine)

☐ ja ☐ nein

Wie ist ihre Wohnung beschaffen?

- ☐ Funkmasten in der Nähe
- ☐ Überlandleitung/Bahnstrom in der Nähe
- ☐ Bäche, Flüsse in der Nähe
- ☐ Schimmelpilzbelastung
- ☐ Antiquitäten / Holzschutzmittel
- ☐ Teppichböden
- ☐ Mikrowelle
- ☐ Ledermöbel

Wie ist ihr Schlafplatz eingerichtet?

- ☐ schnurlose Telefone/Internet
- ☐ elektrische Geräte standby
- ☐ Wasserbett
- ☐ eingebauter elektrischer Motor

Wie ist ihr Schlaf?

- ☐ Schlaflosigkeit
- ☐ häufiges Erwachen, um wieviel Uhr:
- ☐ nächtliches Wasserlassen. Wie oft:
- ☐ Schwierigkeiten beim Einschlafen
- ☐ Unruhe in den Beinen
- ☐ Sprechen im Schlaf
- ☐ Nachtschweiß
- ☐ heiße Füße
- ☐ Zähneknirschen
- ☐ Lebhaftige Träume

Wieviel Liter trinken Sie täglich?

- ☐ unter 500ml ☐ unter 1 Liter
- ☐ ca. 1-2 Liter ☐ über 2 Liter

Was trinken Sie?

- ☐ Wasser ohne Kohlensäure
- ☐ Wasser mit Kohlensäure
- ☐ Fruchtsäfte
- ☐ Softdrinks
- ☐ Kaffee ☐ Tee ☐ Milch
- ☐ Bier ☐ Wein

Welche Nahrungsmittel essen Sie wie häufig?

	nie	selten	1x pro Tag	mehrmals täglich
Milchprodukte	☐	☐	☐	☐
Süßigkeiten	☐	☐	☐	☐
Weißmehlprodukte	☐	☐	☐	☐
Kuchen	☐	☐	☐	☐
Eier	☐	☐	☐	☐
Zucker	☐	☐	☐	☐
Fleisch	☐	☐	☐	☐
Fisch	☐	☐	☐	☐
Gemüse	☐	☐	☐	☐
Obst	☐	☐	☐	☐
Nüsse	☐	☐	☐	☐

Auf welche Lebensmittel können Sie nur schwer verzichten?

.....
.....
.....

Nahrungsmittel-Allergien auf:

.....
.....
.....

Leben Sie nach bestimmten Ernährungsrichtlinien?

☐ ja ☐ nein

wenn ja welche:

.....
.....

Wurden Sie gestillt?

☐ ja ☐ nein

War ihre Geburt eine natürliche?

☐ ja ☐ nein

Rauchen Sie? Wenn "Ja", wie viel pro Tag?

☐ ja ☐ nein

Trinken Sie Alkohol? Wenn "Ja", wie viel pro Tag?

☐ ja ☐ nein

Sind Sie bereit, Ihre Ernährungsgewohnheiten mit unserer Hilfe zu verbessern?

☐ ja ☐ nein

.....
Datum, Unterschrift



Naturheilpraxis

Ilona Bauer - Renz
- Heilpraktikerin -

16227 Eberswalde
Heideweg 4

Selbsttest zur Ermittlung des Vitamin-K₂-Status

Bitte jeweils die am ehesten zutreffende Antwort ankreuzen:

Fragen	Spalte 1	Spalte 2
Ernähren Sie sich rein vegetarisch (kein Fleisch)?	ja	nein
Ernähren Sie sich rein vegan (kein Fleisch, keine Tierprodukte)?	ja	nein
Wie oft pro Woche essen Sie Fleisch?	< 3-mal	> 3-mal
Wie viele Eier pro Woche essen Sie?	< 3 Stück	> 3 Stück
Wie oft pro Monat essen Sie Leber?	< 1-mal	> 1-mal
Wie oft pro Woche essen Sie Hartkäse?	< 3-mal	> 3-mal
Wie oft pro Monat essen Sie Sauerkraut?	< 1-mal	> 1-mal
Wie oft pro Monat essen Sie Natto?	< 1-mal	> 1-mal
Wurde bei Ihnen eine Osteoporose festgestellt?	Ja	Nein
Sind Sie eine Frau jenseits der Wechseljahre (ohne Hormonsubstitution)?	Ja	Nein
Haben oder hatten Sie starke Kariesprobleme?	Ja	Nein
Sind Sie jünger als 20 oder älter als 50 Jahre?	Ja	Nein
Wurde bei Ihnen Atherosklerose diagnostiziert?	Ja	Nein
Haben Sie eine Herzkrankheit?	Ja	Nein
Haben oder hatten Sie eine Krebserkrankung?	Ja	Nein
Leiden Sie unter Venenvarizen?	Ja	Nein
Haben Sie Diabetes Typ II (Altersdiabetes)?	Ja	Nein
Nehmen Sie öfter Antibiotika ein?	Ja	Nein
Nehmen Sie Cumarinderivate (Blutgerinnungshemmer) ein?	Ja	Nein
Leiden Sie an einer Krankheit, die mit Resorptionsstörungen verbunden ist (z. B. Mukoviszidose, Darmerkrankung)?	Ja	Nein



Fragebogen zur KPU nach Hoffmann/Kauffmann

Dieser Anamnesebogen ist ausschließlich für Therapeuten im Erstgespräch gedacht. Die Autoren übernehmen keine Haftung für die Benutzung des Fragebogens.

- | | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| Ich fühle mich häufig müde und erschöpft. | ja ☐ | nein ☐ |
| Ich vertrage Sonnenlicht schlecht. | ja ☐ | nein ☐ |
| Ich habe Ein- und/oder Durchschlafprobleme | ja ☐ | nein ☐ |
| Ich leide unter Haarausfall. | ja ☐ | nein ☐ |
| Ich leide unter einer Schilddrüsenstörung (inkl. Knotenbildung). | ja ☐ | nein ☐ |
| In meiner Familie gibt es viele Erkrankte aus dem Bereich Depressionen, Schizophrenie, Angststörungen. | ja ☐ | nein ☐ |
| Ich selber leide unter einer unter den oben drüber aufgezählten Erkrankungen. | ja ☐ | nein ☐ |
| Ich erinnere mich selten/nie an meine Träume. | ja ☐ | nein ☐ |
| Ich leide unter einer Vielzahl von Nahrungsmittelunverträglichkeiten, z.B. Glutensensitivität oder Laktoseintoleranz | ja ☐ | nein ☐ |
| Ich fühle mich meinem Alltag häufig nicht gewachsen. | ja ☐ | nein ☐ |
| Ich leide an unklaren neurologischen Symptomen, z.B. Doppeltsehen, unklare Kopfschmerzen. | ja ☐ | nein ☐ |
| Ich leide an Migräne. | ja ☐ | nein ☐ |
| In meiner Familie gibt es Fälle von Suizid/Suizidversuchen. | ja ☐ | nein ☐ |
| Bei mir wurde ein Reizdarm-/Reizmagensyndrom diagnostiziert. | ja ☐ | nein ☐ |
| Ich leide an ADHS/ADS. | ja ☐ | nein ☐ |
| Bei mir wurde Arthrose und/oder Osteoporose festgestellt. | ja ☐ | nein ☐ |
| Mein Blutdruck ist eher niedrig. | ja ☐ | nein ☐ |
| Ich habe häufig chronische Schmerzen im gesamten Körper, ohne das eine rheumatische Erkrankung festgestellt werden konnte | ja ☐ | nein ☐ |
| Konzentration über eine längere Zeit fällt mir schwer. | ja ☐ | nein ☐ |
| Ich neige zur Unterzuckerung und muss daher viele kleine Mahlzeiten pro Tag zu mir nehmen. | ja ☐ | nein ☐ |
| Ich leide an Stimmungsschwankungen. | ja ☐ | nein ☐ |
| Ich habe Augenringe, die auch bei ausreichend Schlaf nicht verblassen. | ja ☐ | nein ☐ |
| Ich neige zu Allergien und/oder Asthma. | ja ☐ | nein ☐ |
| Ich leide an chronischer Verstopfung. | ja ☐ | nein ☐ |
| Ich leide an chronischen Durchfällen. | ja ☐ | nein ☐ |

Bei Frauen zusätzlich:

- | | | |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| Ich leide an häufigen Blasenentzündungen. | ja ☐ | nein ☐ |
| Ich leide an Myomen und/oder Endometriose und/oder Eierstockszysten. | ja ☐ | nein ☐ |
| Ich habe bereits Fehlgeburten erlitten. | ja ☐ | nein ☐ |
| Mein Zyklus ist unregelmäßig. | ja ☐ | nein ☐ |
| Ich leide an PMS. | ja ☐ | nein ☐ |

Je mehr Fragen durch die Patienten mit ja beantwortet werden, desto wahrscheinlicher ist es, dass den Beschwerden eine KPU zugrunde liegen könnte. Klarheit bringt in fast allen Fällen ein KPU-Test in einem etablierten Labor. Bei einem Verdacht empfehlen wir das grundsätzlich. Für weitere Fragen schauen Sie doch mal auf die Internet Seite www.kpu-online.de



Naturheilpraxis

Monna Bauer - Renz

- Heilpraktikerin -

16227 Eberswalde

Heideweg 4

Erschöpfung - Burnout Fragebogen

Teil A

Haben oder hatten Sie in den vergangenen sechs Monaten...

- ☐ das Gefühl, unentwegt von einer Aufgabe zur nächsten zu hetzen?
- ☐ das Gefühl, aufgedreht und trotzdem müde zu sein?
- ☐ Mühe, vor dem Einschlafen zur Ruhe zu kommen oder neuen Auftrieb, der Sie lange wach hält?
- ☐ Einschlaf- oder Durchschlafprobleme?
- ☐ ein Gefühl der Angst oder Nervosität – nicht zu bremsende, unkontrollierbare Sorgen?
- ☐ rasch auftretende Gefühle von Ärger oder Wut, begleitet von häufigem Anschreien?
- ☐ Gedächtnislücken oder das Gefühl mangelnder Konzentration, insbesondere unter Druck?
- ☐ Heißhunger auf Süßes (Sie „brauchen“ eine Kleinigkeit nach jeder Mahlzeit, meist etwas aus Schokolade)?
- ☐ eine Zunahme des Bauchumfangs auf mehr als 90 cm (das gefürchtete Bauchfett oder der Rettungsring – kein Blähbauch)?
- ☐ Hautkrankheiten wie Ekzeme oder eine dünne Haut?
- ☐ Knochenschwund (Osteopenie, Osteoporose)?
- ☐ Bluthochdruck oder Herzrasen ohne äußeren Anlass?
- ☐ einen hohen Blutzuckerspiegel (Prädiabetes, Diabetes, Insulinresistenz)? Zitterigkeit zwischen den Mahlzeiten (Blutzuckerschwankungen)?
- ☐ Verdauungsstörungen, Geschwüre oder GERD (gastroösophageale Refluxkrankheit)?
- ☐ größere Schwierigkeiten als früher, sich nach einer körperlichen Verletzung zu erholen?
- ☐ unerklärliche rosa oder rote Dehnungsstreifen am Bauch oder Rücken?
- ☐ unregelmäßige Monatszyklen?
- ☐ eine verminderte Fruchtbarkeit?
- ☐ verminderte Muskelmasse?
- ☐ eine verminderte Libido?
- ☐ Haarverlust?
- ☐ vermehrte Gesichts- und Körperbehaarung?
- ☐ Akne?

Summe Teil A:



Erschöpfung - Burnout Fragebogen

Teil B

Haben oder hatten Sie in den vergangenen sechs Monaten...

- ☐ Müdigkeit oder Burn-out (Sie halten Ihre Energie mit Koffein künstlich hoch oder schlafen beim Lesen oder Fernsehschauen ein)?
- ☐ Energieverlust, insbesondere am Nachmittag zwischen 14 und 17 Uhr?
- ☐ das Gefühl, dass das Glas immer eher „halb leer“ als „halb voll“ ist?
- ☐ Situationen mit unstillbarem Weinen ohne ersichtlichen Grund?
- ☐ eine verminderte Fähigkeit, Probleme zu lösen?
- ☐ das Gefühl, die meiste Zeit unter Stress zu stehen (alles scheint schwieriger zu sein als vorher und/oder Sie können schlecht damit umgehen)?
- ☐ Schlaflosigkeit oder Durchschlafstörungen, insbesondere zwischen 1 Uhr und 4 Uhr nachts?
- ☐ einen niedrigen Blutdruck (Hypotension)?
- ☐ eine haltungsbedingte (orthostatische) Hypotension (Sie stehen aus der liegenden Position auf und fühlen sich schwindlig)?
- ☐ Schwierigkeiten mit der Infektionsabwehr (Sie fangen sich jedes Virus ein, vor allem in den Atemwegen)? Schwierigkeiten mit der Rekonvaleszenz nach einer Krankheit oder Operation oder mit der Wundheilung?
- ☐ Asthma? Bronchitis? Chronischen Husten? Allergien?
- ☐ einen niedrigen Blutzuckerspiegel oder Blutzuckerschwankungen?
- ☐ Verlangen nach Salz?
- ☐ übermäßiges Schwitzen?
- ☐ Übelkeit, Erbrechen oder Durchfall? Oder weiche Stühle im Wechsel mit Verstopfung?
- ☐ Muskelschwäche, insbesondere im Kniebereich? Muskel- oder Gelenkschmerzen?
- ☐ Hämorrhoiden oder Krampfadern?
- ☐ eine verstärkte Blutungsneigung oder die Tendenz zu Blutergüssen?
- ☐ ein Schilddrüsenproblem, das behandelt wurde; zuerst geht Ihnen besser, doch plötzlich haben Sie Herzklopfen, Herzrasen oder Herzrhythmusstörungen?
- ☐ vermehrt braune Flecken auf der Haut?

Summe Teil B:



Histamin-Typ-Test

Symptom	Histamin-Typ	X
Mein Puls steigt nach histaminreichen Mahlzeiten um mehr als 20 Schläge pro Minute.	A + D	
Ich habe nach einer Belastung erst ab dem 2. Tag starken Muskelkater.	D	
Ich wache oft um 3 Uhr auf.	B + C + D	
Ich habe eine instabile Halswirbelsäule / ein HWS-Syndrom.	C + D	
Ich blute bei kleineren Verletzungen lange nach.	D	
Ich neige zu blauen Flecken.	D	
Obwohl ich histaminarm esse, habe ich histamintypische Symptome, wie Urtikaria oder Juckreiz.	A + D	
Ich bin manchmal sehr schwach und schaffe es kaum aufzustehen.	D	
Ich vertrage viele Probiotika nicht.	A + D	
Ich bekomme immer wieder plötzlich Schwellungen um den Mund herum (Angioödem).	D	
Ich habe oft ein Hitzegefühl im Gesicht oder am ganzen Körper.	B	
Ich leide unter einem starken Speichelfluss.	C	
In bin sehr schläfrig nach einer histaminreichen Mahlzeit.	A + D	
Ich leide an einer interstitiellen Zystitis (chronische Blasenentzündung)	D	
Ich habe ein hyperreagibles Bronchialsystem und Reizhusten.	A + D	
Ich leide unter Kribbeln und Prickeln am (ganzen) Körper.	D	
Wenn ich mich hinlege, kann ich oft meinen Puls schlagen hören.	B + C + D	
Ich habe Einschlafstörungen.	B + C + D	
Ich habe Durchschlafstörungen.	B + C + D	
Ich fühle mich oft grundlos unruhig und getrieben.	B + C + D	
Ich fühle mich innerlich zitterig.	C + D	
Ich habe viele Nahrungsmittelunverträglichkeiten und Nahrungsmittelallergien.	A + D	
Ich habe oft Herzstolpern.	A + B + D	
Ich leide unter Herzrasen.	B + D	
Ich habe oft trockene, brennende Augen.	D	
Ich leide an Asthma / chronische Bronchitis.	A + D	
Ich habe oft Migräne oder häufig starke Kopfschmerzen.	C + D	
Mein Blutdruck ist oft erniedrigt und meine Ruhepuls hoch.	B + C + D	
Ich leide unter Hautausschlägen/Urtikaria.	A + D	
Ich habe Neurodermitis oder Psoriasis.	A + D	
Ich leide an Fibromyalgie (Weichteilrheuma).	D	
Bei mir wurde eine KPU oder HPU festgestellt.	A + B + C + D	
Ich vertrage Rotwein nicht.	A + C + D	
Ich vertrage keinen Alkohol.	A + C + D	
Ich habe starke Schmerzen während der Periode.	B + D	



Ich bin zeugungsunfähig.	D	
Ich habe Angst- und Panikstörungen.	C + D	
Ich tendiere zu Wassereinlagerungen.	B + D	
Ich werde nicht schwanger und das ohne erkennbaren Grund.	B + D	
Ich leide unter Osteopenie oder Osteoporose.	D	
Ich hatte bereits Fehl- oder Frühgeburten.	B + D	
Ich leide unter dem Restless-Legs-Syndrom.	D	
Ich habe verschiedene Allergien (Heuschnupfen, Nahrungsmittelallergien)	A	
Ich habe schon Anaphylaxien erlebt.	D	
Ich habe eine Konversionsstörung der Schilddrüsenhormone (Low-T3-Syndrom).	B + D	
Ich neige zu oder habe immer wieder Depressionen bzw. depressive Verstimmungen.	C + D	
Ich habe starke Konzentrationsstörungen / ADS / ADHS.	C + D	
Ich habe manchmal extrem Durst.	B + D	
Ich leide ständig unter Aphten (Geschwüre) und Entzündungen im Mund.	D	
Ich habe beidseitigen Tinnitus, der unterschiedlich stark ausgeprägt ist.	D	
Ich habe chronischen Schnupfen.	A + D	
Ich neige zu Durchfällen.	A + D	
Ich habe Magenprobleme, wie Gastritis oder Sodbrennen.	A	
Meine Schilddrüse ist schwer mit Medikamenten einstellbar.	B + D	
Ich habe manchmal Fieberschübe oder erhöhte Temperatur ohne erkennbaren Grund.	D	
Ich habe manchmal starke Gelenkschmerzen, aber kein Rheuma.	D	
Ich leide oft an „Brainfog“ (Gehirnnebel). Ich kann dann nicht klar denken.	C + D	
Ich fühle mich oft sehr erschöpft.	C + D	
Ich habe eine Schilddrüsenerkrankung.	B + D	
In meiner Schwangerschaft gab es Komplikationen, wie zum Beispiel eine Präeklampsie	B + D	
Ich leide an Long Covid.	D	

Bitte addiere nun die Anzahl der Buchstaben, bei denen du ein Kreuz gesetzt hast. Sind mehrere Buchstaben aufgeführt, dann zählen alle. Der Buchstabe mit den meisten Kreuzen ergibt deinen Histamin-Typ.

A: _____ Kreuze B: _____ Kreuze C: _____ Kreuze D: _____ Kreuze

Fragen zu körperbelastenden Schadstoffen

Bitte kreuzen Sie an

Ja Nein

Putzen Sie Ihre Zähne mit handelsüblicher Zahncreme?		
Verwenden Sie zum Kochen einfaches Haushaltssalz?		
Essen Sie Freilandobst oder -gemüse?		
Backen Sie ab und zu in Alu-Folie, oder essen Sie aus Aluminium - Schalen?		
Essen Sie Lebensmittel (z.B. Joghurt), die einen Foliendeckel haben?		
Sind Sie geimpft - oder lassen Sie sich regelmäßig impfen?		
Essen Sie ab und zu gefärbte Süßigkeiten wie Ostereier, Gummibären, Kringel etc.?		
Trinken Sie Getränke aus Dosen?		
Verwenden Sie Konserven?		
Benutzen Sie Alugusspfannen oder -kochgeschirr?		
Essen Sie Backwaren aus dem Supermarkt?		
Verwenden Sie Backpulver zum Backen?		
Verwenden Sie handelsübliche Kosmetikprodukte?		
Benutzen Sie handelsübliche Deodorants?		
Trinken Sie Leitungswasser (Tee, Kaffee, etc.)?		
Haben oder hatten Sie Amalgam-Füllungen?		

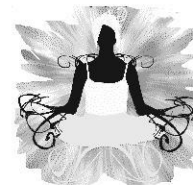
Bitte wenden ►

Bitte kreuzen Sie an

Ja Nein

Verwenden Sie Energiesparlampen?		
Essen Sie häufig Fisch?		
Essen Sie häufig Fleisch?		
Essen Sie regelmäßig Wurstwaren auch abgepackte (bis zu 160 g / tägl.)?		
Tragen Sie Textilien, die in Asien hergestellt wurden?		
Tragen Sie Schuhe, die in Asien hergestellt wurden?		
Fahren Sie Auto, wohnen, arbeiten oder gehen Sie an verkehrsreichen Straßen?		
Gibt es in Ihrer Wohnung Laminat, Kunststoffböden oder ausgelegte Teppichware?		
Gibt es in Ihrer Wohnung folienbeschichtete, furnierte Möbel, Regale, etc.?		
Nehmen Sie Mittel zur Neutralisierung von überschüssiger Magensäure ein?		

Haben Sie mindestens 5 Fragen mit JA beantwortet?
Dann sprechen Sie uns bitte unbedingt an!



Naturheilpraxis

Ilona Bauer - Renz
- Heilpraktikerin -
16227 Eberswalde
Heideweg 4

Name, Vorname Datum



Stress-Monitor

Die folgenden Punkte können Anzeichen für Überforderung sein. Welche davon haben Sie in den letzten Wochen an sich feststellen können?

Körperliche Warnsignale	stark	leicht	kaum/ gar nicht	Punkte
Herzklopfen/Herzstiche	2	1	0	
Engegefühl in der Brust	2	1	0	
Atembeschwerden	2	1	0	
Einschlafstörungen	2	1	0	
Chronische Müdigkeit	2	1	0	
Verdauungsbeschwerden	2	1	0	
Magenschmerzen	2	1	0	
Appetitlosigkeit	2	1	0	
Sexuelle Funktionsstörung	2	1	0	
Muskelverspannung	2	1	0	
Kopfschmerzen	2	1	0	
Rückenschmerzen	2	1	0	
Kalte Hände / Füße	2	1	0	
Starkes Schwitzen	2	1	0	
Emotionale Warnsignale				
Nervosität, innere Unruhe	2	1	0	
Gereiztheit, ärgerlich sein	2	1	0	
Angstgefühle, Versagensängste	2	1	0	
Unzufriedenheit / Unausgeglichenheit	2	1	0	
Lustlosigkeit (auch sexuell)	2	1	0	
Innere Leere (ausgebrannt sein)	2	1	0	
Kognitive Warnsignale				
Ständig kreisende Gedanken / Grübeln	2	1	0	
Konzentrationsstörungen	2	1	0	
Leere im Kopf (black out)	2	1	0	
Tagträume	2	1	0	
Alpträume	2	1	0	
Leistungsverlust / häufige Fehler	2	1	0	



Stress-Monitor

Zur Berechnung der Gesamtpunktzahl addieren Sie einfach die von Ihnen notierten Punkte auf dieser und der vorhergehenden Seite zusammen.

Warnsignale im Verhalten	stark	leicht	kaum / gar nicht	Punkte
Aggressives Verhalten gegenüber anderen „aus der Haut fahren“	2	1	0	
Fingertrommeln, Füße scharren, Zittern, Zähne knirschen	2	1	0	
Schnelles Sprechen, Stottern	2	1	0	
Andere unterbrechen, nicht zuhören können	2	1	0	
Unregelmäßig essen	2	1	0	
Konsum von Alkohol (oder Medikamenten) zur Beruhigung	2	1	0	
Private Kontakte „schleifen lassen“	2	1	0	
Mehr Rauchen als gewünscht	2	1	0	
Weniger Sport und Bewegung als gewünscht	2	1	0	
Gesamtpunktzahl				

Bewertung		
0-10 Punkte	11-20 Punkte	21 und mehr Punkte
Sie können sich über Ihre gute gesundheitliche Stabilität freuen. Eine Stress- und Gesundheitsberatung wird bei Ihnen vor allem vorbeugende Wirkung haben.	Die Kettenreaktion von neuronalen, kognitiven, emotionalen und körperlichen Stressreaktionen findet bei Ihnen bereits statt. Ihre Leistungsfähigkeit, Lebensqualität und Gesundheit sind aufgrund von Stressbelastungen bereits eingeschränkt. Sie sollten möglichst bald damit beginnen, Ihre Kompetenzen zur individuellen Stressbewältigung zu erweitern.	Sie stecken bereits tief im Teufelskreis der kognitiv-emotionalen und körperlichen Auswirkungen von Stressbelastungen im Alltag. Die Folge sind Symptome wie Verspannungen, depressive Verstimmungen, Schlafstörungen, Libidoverlust und Kopfschmerzen. Sie sollten auf jeden Fall etwas gegen Ihren Stress und für mehr Gelassenheit, Ruhe und Leistungsfähigkeit tun.

(nach Kaluza 2005)



Naturheilpraxis

Ilona Bauer - Renz
- Heilpraktikerin -

16227 Eberswalde
Heideweg 4

Selbsttest bei Schwermetallbelastungen

Bitte kreuzen Sie an, was auf Sie zutrifft.

Krämpfe und/oder Schmerzen

☐	Krämpfe und unwillkürliche Bewegungen im Gesicht
☐	Muskelschmerzen zwischen oder unterhalb der Schulterblätter
☐	Schmerzen an Händen und Füßen
☐	Schulterschmerzen
☐	Kreuzschmerzen
☐	Schmerzen unter dem rechten Rippenbogen
☐	Schmerzen in der Leiste

☐	Wadenkrämpfe
☐	Arm- oder Beinschmerzen
☐	Nackenschmerzen
☐	Gelenkschmerzen
☐	Rückenschmerzen
☐	Schmerzen unter den Achseln

Haare, Haut und Nägel

☐	Rötungen oder Ekzeme bei Berührung mit Metallen
☐	Sonnenallergie (Ausschlag nach einem Sonnenbad)
☐	Ekzeme
☐	Zunahme unreiner Haut oder Pickel bei Erwachsenen
☐	Wiederholt auftretende Ausschläge
☐	Blasse Gesichtsfarbe
☐	Sprödes, stumpfes und glanzloses Haar
☐	Brüchige Nägel

☐	Zunahme von Sommersprossen
☐	Hautjucken
☐	Starkes Schwitzen
☐	Gelbliche Hautfarbe
☐	Vermehrtes Auftreten von Blutergüssen
☐	Beulen
☐	Haarausfall

Kopfbereich

☐	Kopfschmerzen
☐	Schwindelgefühl
☐	Schwindel beim Hinlegen
☐	Stürze durch Schwindelanfälle
☐	Gefühl, als ob der Kopf platzt
☐	Eingefallene Augen
☐	Taubheitsgefühl oder Kälte gefühlt im Hinterkopf

☐	Migräne
☐	Gefühl von Schwanken und Schaukeln
☐	Benommenheit
☐	Stirndruck
☐	Gefühl, als würden die Augen heraustreten
☐	Blutunterlaufene Augen

Geschlechtsorgane

☐	Stärkere Monatsblutungen
☐	Längere Monatsblutungen
☐	Mehr Beschwerden vor der Periode

☐	Schwächere Monatsblutungen
☐	Mehr Beschwerden während der Periode
☐	Prostatabeschwerden

Verdauungssystem

☐	Übelkeit
☐	Blähungen
☐	Sodbrennen
☐	Unterleibsschmerzen
☐	Weicher Stuhlgang
☐	Verstopfung
☐	Große Mengen heller Urin

☐	Erbrechen
☐	Magenschmerzen
☐	Aufstoßen
☐	Heller Stuhlgang
☐	Durchfall
☐	Kleine Mengen dunkler Urin

Herz und Atmung

☐	Flache Atmung
☐	Schwache Atmung
☐	Atemlosigkeit ohne Anstrengung
☐	Langfristige Kurzatmigkeit
☐	Unregelmäßiger Herzschlag
☐	Verstärkter Herzschlag
☐	Ausstrahlender Schmerz in der Brust
☐	Langsamer Puls

☐	Atembeschwerden
☐	Gefühl der willentlichen Anstrengung zum Atmen
☐	Atemlosigkeit bei geringer Anstrengung
☐	Gefühl eines Ringes um die Brust
☐	Schwacher Herzschlag
☐	Gefühl, das Herz bleibt stehen
☐	Hoher Ruhepuls
☐	Starker Herzschlag bei geringer Anstrengung

Halsbereich

☐	Druck- oder Kloßgefühl
☐	Hustenanfälle
☐	Neigung zu Infekten
☐	Heiserkeit
☐	Kleine, weiche, verschiebbare Knoten an seittl. Halsmuskeln

☐	Permanenter Schleim im Hals
☐	Halsweh
☐	Schluckbeschwerden
☐	Schwellungen im Bereich der Schilddrüse
☐	Gefühl der Einschnürung bei Kragen oder Halsketten

Sinnesorgane

	Überempfindlichkeit für Licht
	Gesichtsfeldeinschränkung
	Sternchen sehen oder farbige Flecken im Gesichtsfeld
	Doppelbilder
	Schlechtes Gehör
	Gefühl, als ob das Gehörte nicht bis zum Bewusstsein vordringt
	Empfindlichkeit gegen Parfüm, Rauch, Essendüfte
	Schlechter Geschmack im Mund
	Essen wirkt geschmacklos
	Taubheit in Armen, Händen oder Fingern
	Wärme- oder Hitzegefühl

	Man sieht alles wie durch Nebel
	Sehausfall für Sekundenbruchteile
	Flecken schwimmend im Gesichtsfeld
	Schlechtes Sehen in der Dämmerung
	Ohrgeräusche oder Tinnitus
	Störungen des Geruchssinns
	Metallgeschmack im Mund
	Gefühl, als ob Alufolie im Mund ist
	Brennen im Mund oder Hals
	Taubheit in Beinen, Füßen oder Zehen
	Nervenzucken

Kiefer, Zähne Rachen

	Geschwüre an Zahnfleisch, Gaumen oder Zunge
	Vermehrter Speichelfluss
	Mundgeruch
	Zahnschmerzen ohne Grund
	Zahnfleischschwund (Parodontose)
	Dunkle Flecken auf dem Zahnfleisch
	Abdrücke der Zähne, die am Zungenrand sichtbar sind
	Zunge fühlt sich zu groß an

	Häufiges Zahnfleischbluten
	Vermehrter Durst
	Trockener Mund , obwohl genügend getrunken wurde
	Kieferschmerzen
	Weißer oder helle Flecken im Mund und an den Lippen
	Dunkle Linien zwischen Zähnen und Zahnfleisch
	Pelziges Gefühl an der Lippe oder der Zunge

Stimmungen und Launen

	Suizidgedanken
	Angstgefühle
	Schwierigkeiten, tatkräftig zu sein
	Menschenscheuheit
	Schnelle Mutlosigkeit
	Schnelle Irritation auch bei Kleinigkeiten

	Unsicherheit, Schüchternheit
	Bedrückung
	Minderwertigkeitsgefühle
	Depressionen
	Überempfindlichkeit gegen Kritik

Schlaf und Energiehaushalt

	Starke Müdigkeit
	Müdigkeit, obwohl ausreichend geschlafen wurde
	Schlechter Schlaf mit vielen Träumen
	Schwäche
	Frösteln
	Gefühl, als bricht bald eine Erkältung aus
	Zittrige Hände beim Ausstrecken
	Starkes Zittern wie bei Schüttelfrost
	Appetitlosigkeit
	Frieren

	Vermehrtes Schlafbedürfnis
	Schlaflosigkeit
	Plötzliches Aufwachen, weil der Körper in Aufruhr ist
	Zittern
	Krankheitsgefühl
	Zuckungen der Muskeln
	Zittrige Zunge, Lippen oder Augenlider
	Unfreiwillige Gewichtsabnahme
	Hitzegefühl
	Kalte Körperteile, (Hände, Füße, Nase)

Sprache und Denken

	Man vergisst, was man gerade sagen wollte
	Undeutliche Sprache, kann die Lippen nicht richtig bewegen
	Man versteht das Gelesene schlecht

	Konzentrationsschwierigkeiten
	Schwierigkeiten beim Verfolgen eines Gedankens

Name, Vorname

geb. am

Ort, Datum.....

Erfassung der Beschwerden der männlichen Wechseljahre vor einem geplanten Heilversuch mit Östrogen / Progesteron.

Symptom:	niemals (0)	selten (1)	häufig (2)	stark (3)	Punkte:
Ich leide unter Gelenk- / Rückenschmerzen	☐	☐	☐	☐	
Meine Merkfähigkeit lässt nach	☐	☐	☐	☐	
Ich schwitze auch ohne körperliche Belastung - tagsüber und / oder nachts	☐	☐	☐	☐	
Mein Schlaf ist gestört	☐	☐	☐	☐	
Ich leide unter Kopfschmerzen	☐	☐	☐	☐	
Meine sexuelle Lust nimmt ab	☐	☐	☐	☐	
Ich habe Probleme mit meiner Erektion (Potenz)	☐	☐	☐	☐	
Ich muss häufig nachts Wasser lassen	☐	☐	☐	☐	
Ich leide unter Trockenheit von Haut und Schleimhäuten (Augenbrennen)	☐	☐	☐	☐	
Ich beobachte einen zunehmenden Haarausfall	☐	☐	☐	☐	
Ich leide unter Luftnot bei körperlicher Belastung	☐	☐	☐	☐	
Ich leide unter Herzstolpern und Herzjagen	☐	☐	☐	☐	
Ich habe das Gefühl, dass meine "Lebensenergie" nachlässt	☐	☐	☐	☐	
Ich leide unter Anfällen von Traurigkeit	☐	☐	☐	☐	

Naturheilpraxis SP Nona Bauer-Renz

Ich bin meines Lebens überdrüssig	☐	☐	☐	☐	
Ich habe das Gefühl, nicht mehr so viel wert zu sein	☐	☐	☐	☐	
Ich drücke mich vor Verantwortung	☐	☐	☐	☐	
Summe der markierten Punkte:					

Score:

00-17 Punkte:	(noch keine sicheren Wechseljahresprobleme) Behandlung als Prophylaxe zu empfehlen.
18-34 Punkte:	eine Behandlung sollte erfolgen.
35-51 Punkte:	<u>dringende Behandlungsbedürftigkeit!</u>