

Allgemeiner Fragebogen

Bitte kreuzen Sie nachfolgend die eindeutigen, aktuellen Merkmale Ihres Leidens an.

Die Formulierung "verschlimmert" kann auch die Ursache einer Krankheit beschreiben oder die Bedeutung von "schmerzhaft" haben.
Formularbeginn

Ursache der Erkrankungen

- | | | |
|-----------------|--------------------------|--------------------------|
| Überanstrengung | KÖRPERLICH | <input type="checkbox"/> |
| Überanstrengung | GEISTIG | <input type="checkbox"/> |
| Verkühlung | (Kaltwerden des Körpers) | <input type="checkbox"/> |
| Durchnässung | (Nasswerden des Körpers) | <input type="checkbox"/> |

Grundmodalitäten

Temperatur / Luft / Einhüllen / Entblößen

- | | | | | |
|------------------------|---------------|--------------------------|---------------------|--------------------------|
| Wärme | VERSCHLIMMERT | <input type="checkbox"/> | BESSERT | <input type="checkbox"/> |
| Kälte | VERSCHLIMMERT | <input type="checkbox"/> | BESSERT | <input type="checkbox"/> |
| Kaltwerden | VERSCHLIMMERT | <input type="checkbox"/> | BESSERT | <input type="checkbox"/> |
| Einhüllen | VERSCHLIMMERT | <input type="checkbox"/> | BESSERT | <input type="checkbox"/> |
| Entblößen | VERSCHLIMMERT | <input type="checkbox"/> | BESSERT | <input type="checkbox"/> |
| Frische Luft | BEDÜRFNIS | <input type="checkbox"/> | ABNEIGUNG | <input type="checkbox"/> |
| Im Freien | VERSCHLIMMERT | <input type="checkbox"/> | GEBESSERT | <input type="checkbox"/> |
| Zimmerwärme | VERSCHLIMMERT | <input type="checkbox"/> | BESSERT | <input type="checkbox"/> |
| Beim Schwitzen | VERSCHLIMMERT | <input type="checkbox"/> | BESSER | <input type="checkbox"/> |
| Nach Schwitzen | VERSCHLIMMERT | <input type="checkbox"/> | BESSERT | <input type="checkbox"/> |
| Hitze mit Entblößen | NEIGUNG | <input type="checkbox"/> | ABNEIGUNG | <input type="checkbox"/> |
| Schweiss mit Entblößen | NEIGUNG | <input type="checkbox"/> | ABNEIGUNG | <input type="checkbox"/> |
| Nasswerden | verschlimmert | <input type="checkbox"/> | Baden verschlimmert | <input type="checkbox"/> |

Wetter

Wetter / Luft kalt	VERSCHLIMMERT <input type="checkbox"/>	BESSERT <input type="checkbox"/>
Wetter / Luft warm	VERSCHLIMMERT <input type="checkbox"/>	BESSERT <input type="checkbox"/>
Wetter / Luft feucht	VERSCHLIMMERT <input type="checkbox"/>	BESSERT <input type="checkbox"/>
Wetter / Luft trocken	VERSCHLIMMERT <input type="checkbox"/>	BESSERT <input type="checkbox"/>
Wetter feucht-kalt	verschlimmert <input type="checkbox"/>	
Wind	verschlimmert <input type="checkbox"/>	Zugluft verschlimmert <input type="checkbox"/>

Bewegung und Stellung

Bewegen	BEDÜRFNIS <input type="checkbox"/>	ABNEIGUNG <input type="checkbox"/>
Bewegung	VERSCHLIMMERT <input type="checkbox"/>	BESSERT <input type="checkbox"/>
Anstrengung körperlich	VERSCHLIMMERT <input type="checkbox"/>	BESSERT <input type="checkbox"/>
Ruhe	VERSCHLIMMERT <input type="checkbox"/>	BESSERT <input type="checkbox"/>
Liegen	VERSCHLIMMERT <input type="checkbox"/>	BESSERT <input type="checkbox"/>
Sitzen	VERSCHLIMMERT <input type="checkbox"/>	BESSERT <input type="checkbox"/>
Stehen	VERSCHLIMMERT <input type="checkbox"/>	BESSERT <input type="checkbox"/>

Wahrnehmung

Berührung	VERSCHLIMMERT <input type="checkbox"/>	BESSERT <input type="checkbox"/>
Druck	VERSCHLIMMERT <input type="checkbox"/>	BESSERT <input type="checkbox"/>
Reiben	VERSCHLIMMERT <input type="checkbox"/>	BESSERT <input type="checkbox"/>
Licht (helles)	VERSCHLIMMERT <input type="checkbox"/>	BESSERT <input type="checkbox"/>
Geruchsinn	EMPFINDLICH <input type="checkbox"/>	VERMINDERT <input type="checkbox"/>
Geschmacksinn	fein <input type="checkbox"/>	schwach <input type="checkbox"/>
	verloren <input type="checkbox"/>	
Gehör	empfindlich <input type="checkbox"/>	Schwerhörigkeit <input type="checkbox"/>

Nahrung

Hunger	HUNGER <input type="checkbox"/>	APPETITLOSIGKEIT <input type="checkbox"/>
Durst	DURST <input type="checkbox"/>	DURSTLOSIGKEIT <input type="checkbox"/>

Gewicht

Übergewicht

Abmagerung

Zeit

Periodizität der
Beschwerden

allgemein

Lokale Modalitäten, Empfindungen und Befunde

Kopf

Anstrengung geistig	VERSCHLIMMERT <input type="checkbox"/>	BESSERT <input type="checkbox"/>
Sehen angestrengt	VERSCHLIMMERT <input type="checkbox"/>	BESSERT <input type="checkbox"/>
Lesen	VERSCHLIMMERT <input type="checkbox"/>	
Sprechen	VERSCHLIMMERT <input type="checkbox"/>	
Umschläge kühle	VERSCHLIMMERN <input type="checkbox"/>	BESSERT <input type="checkbox"/>
Kopfschütteln	VERSCHLIMMERT <input type="checkbox"/>	BESSERT <input type="checkbox"/>
Ohrensymptome	LINKS <input type="checkbox"/>	RECHTS <input type="checkbox"/>
Augensymptome	LINKS <input type="checkbox"/>	RECHTS <input type="checkbox"/>
Schnupfen	Fliesschnupfen <input type="checkbox"/>	Stockschnupfen <input type="checkbox"/>
Schlucken	Schluckschmerzen <input type="checkbox"/>	
Nahrungsmittel kalt	VERSCHLIMMERN <input type="checkbox"/>	BESSERT <input type="checkbox"/>
Nahrungsmittel warm	VERSCHLIMMERN <input type="checkbox"/>	BESSERT <input type="checkbox"/>
Trinken beim	verschimmert <input type="checkbox"/>	
Trinken nach	VERSCHLIMMERT <input type="checkbox"/>	BESSERT <input type="checkbox"/>
Essen beim	VERSCHLIMMERT <input type="checkbox"/>	BESSERT <input type="checkbox"/>
Essen nach	VERSCHLIMMERT <input type="checkbox"/>	BESSERT <input type="checkbox"/>

Brust

Puls	HART <input type="checkbox"/>	x	WEICH <input type="checkbox"/>
	SCHNELL <input type="checkbox"/>		LANGSAM <input type="checkbox"/>
	aussetzend <input type="checkbox"/>		
	Herzklopfen <input type="checkbox"/>		Herzklopfen mit Angst <input type="checkbox"/>

Husten	trocken <input type="checkbox"/>	mit Auswurf <input type="checkbox"/>
Auswurf	eitrig <input type="checkbox"/>	gelb <input type="checkbox"/>
	grün <input type="checkbox"/>	schleimig <input type="checkbox"/>
Auswurf schmeckt	metallisch <input type="checkbox"/>	süß <input type="checkbox"/>
	salzig <input type="checkbox"/>	widerlich <input type="checkbox"/>

Verdauung

Aufstossen	allgemein <input type="checkbox"/>	
	VERSCHLIMMERT <input type="checkbox"/>	BESSERT <input type="checkbox"/>
Erbrechen	allgemein <input type="checkbox"/>	gallig <input type="checkbox"/>
	sauer <input type="checkbox"/>	schleimig <input type="checkbox"/>
Blähungen	schmerzhaft <input type="checkbox"/>	
Durchfall	schmerzhaft <input type="checkbox"/>	schmerzlos <input type="checkbox"/>
Verstopfung	wegen Darmträgheit <input type="checkbox"/>	wegen Kotverhärtung <input type="checkbox"/>
Stuhlbeschaffenheit	blutig <input type="checkbox"/>	gelb <input type="checkbox"/>
	grün <input type="checkbox"/>	schwarz <input type="checkbox"/>
	scharf <input type="checkbox"/>	schleimig <input type="checkbox"/>
	sauer <input type="checkbox"/>	
Stuhlgang verschlimmert	vorher <input type="checkbox"/>	bei <input type="checkbox"/>
	NACH <input type="checkbox"/>	NACH BESSER <input type="checkbox"/>

Harn- und Geschlechtsorgane

Harnabgang	ZU VIEL <input type="checkbox"/>	ZU WENIG <input type="checkbox"/>
	ZU OFT <input type="checkbox"/>	ZU SELTEN <input type="checkbox"/>
Harndrang	allgemein <input type="checkbox"/>	vergeblich <input type="checkbox"/>
Harnen schmerzhaft	vorher <input type="checkbox"/>	bei Eintritt <input type="checkbox"/>
	während <input type="checkbox"/>	am Ende <input type="checkbox"/>
	nachher <input type="checkbox"/>	

Einnässen	tags <input type="checkbox"/>	nachts <input type="checkbox"/>
Urin	wundmachend <input type="checkbox"/>	stinkend <input type="checkbox"/>
Regelblutung Beschwerden	vor <input type="checkbox"/>	bei Eintritt <input type="checkbox"/>
	während <input type="checkbox"/>	nach <input type="checkbox"/>
Regelblutung	STARK <input type="checkbox"/>	SCHWACH <input type="checkbox"/>
	ZU KURZ <input type="checkbox"/>	ZU LANG <input type="checkbox"/>
Menstruationsblut	HELL <input type="checkbox"/>	DUNKEL <input type="checkbox"/>
Ausfluss	MILD <input type="checkbox"/>	SCHARF <input type="checkbox"/>

Bewegungsapparat

Muskeln	SCHLAFF <input type="checkbox"/>	STRAFF <input type="checkbox"/>
Bewegen leidender Teile	VERSCHLIMMERT <input type="checkbox"/>	BESSERT <input type="checkbox"/>
Bewegung verschlimmert	zu Beginn <input type="checkbox"/>	
Bewegung fortgesetzt	VERSCHLIMMERT <input type="checkbox"/>	BESSERT <input type="checkbox"/>

Haut

Ausschlag	trocken <input type="checkbox"/>	nässend <input type="checkbox"/>
Wundheilung	schlecht <input type="checkbox"/>	
Schweissgeruch	übelriechend <input type="checkbox"/>	sauer <input type="checkbox"/>

Schlaf

Vor Schlaf	VERSCHLIMMERT <input type="checkbox"/>	GEBESSERT <input type="checkbox"/>
Während Schlaf	VERSCHLIMMERT <input type="checkbox"/>	GEBESSERT <input type="checkbox"/>
Nach Schlaf	VERSCHLIMMERT <input type="checkbox"/>	GEBESSERT <input type="checkbox"/>
Einschlafen	spät <input type="checkbox"/>	Erwachen zu früh <input type="checkbox"/>
	verhindert nach Erwachen <input type="checkbox"/>	öfters nachts <input type="checkbox"/>

Gemütsveränderungen

Alleinsein	VERSCHLIMMERT <input type="checkbox"/>	BESSERT <input type="checkbox"/>
------------	--	----------------------------------

Gesellschaft

VERSCHLIMMERT

BESSERT

TRAURIGKEIT

FRÖHLICHKEIT

GEREIZTHEIT

SANFTHEIT

Gemütsbewegung
verschlimmert

allgemein

Ärger

Kummer

Kränkung

Angst, Furcht,
Schreck

Zorn

Abneigung gegen Trost

wenn traurig