

4. Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit ein?

5. Welche Kinderkrankheiten haben Sie durchgemacht? (Bitte zutreffende unterstreichen)

Scharlach	ja/nein	Röteln	ja/nein
Diphtherie	ja/nein	Keuchhusten	ja/nein
Mumps	ja/nein	Windpocken	ja/nein
Masern	ja/nein		

6. Wogegen sind Sie geimpft worden? (Bitte zutreffende unterstreichen)

BCG (Tuberkulose)	ja/nein	Diphtherie	ja/nein
Tetanus	ja/nein	Keuchhusten	ja/nein
Pocken	ja/nein	Röteln	ja/nein
Masern	ja/nein	Polio (Kinderlähmung)	ja/nein
Mumps	ja/nein	FSME (Zecken)	ja/nein
Grippe	ja/nein	Gelbfieber	ja/nein
Hepatitis A	ja/nein	Hepatitis B	ja/nein

7. Welche Erkrankungen haben oder hatten Eltern, Grosseltern oder Geschwister?

Asthma	ja/nein	Diabetes	ja/nein
Tuberkulose	ja/nein	Übergewicht	ja/nein
Herzinfarkt	ja/nein	Schlaganfall	ja/nein
Bluthochdruck	ja/nein	Krebs	ja/nein
Hautkrankheiten	ja/nein	Nierenerkrankungen	ja/nein

8. Ich bin allergisch gegen:

Pollen	ja/nein	Tierhaare	ja/nein
Hausstaub	ja/nein	Milchprodukte	ja/nein
Weizen	ja/nein		
Medikamente	welche?		
Nahrungsmittel	welche?		
Andere	welche?		

9. Ernährung (Kreisen Sie bitte die zutreffendste Variante ein)

Wie oft essen Sie im Verhältnis zu Ihrer körperlichen Tätigkeit zuwenig ?	0-3x/Monat	1x/Woche	2-3x/Woche	4-6x/Woche	Täglich
Wie oft essen Sie im Verhältnis zu Ihrer körperlichen Tätigkeit zuviel ?	0-3x/Monat	1x/Woche	2-3x/Woche	4-6x/Woche	Täglich
Wie oft essen Sie?	1x/täglich	2x/täglich	3x/täglich	4x/täglich	häufiger
Welche Beilagen essen Sie am meisten?	Vollreis	Kartoffeln	Vollkorn-Teigwaren	Teigwaren Uncle Ben's Reis	Pommes Frites Fast food
Essen Sie Gemüse ?	2x/täglich	1x/täglich	2-4x/Woche	1x/Woche	seltener
Essen Sie Gemüse meistens	roh	roh und gedämpft	gedämpft	gekocht	aus der Dose
Essen Sie frische Salate ?	2x/täglich	1x/täglich	2-4x/Woche	1x/Woche	seltener
Verwenden Sie kaltgepresste Öle ?	3 Essl./ Tag	1-2 Essl./Tag	1-2 Teel./Tag	Gelegentlich/selten	nie
Essen Sie frisches Obst ?	2-3x/täglich	1x/Tag	2-4x/Woche	1x/Woche	seltener
Wie häufig essen Sie Fleisch ?	2x/täglich	1x/täglich	3-4/Woche	1-2x/Woche	0-1x/Woche
Welche Fleischart essen Sie am häufigsten?	Rind/Kalb	Schwein	Lamm	Geflügel	Wurst
Wie häufig essen Sie Fisch ?	3x/Woche	2x/Woche	1x/Woche	1-2x/Monat	seltener
Welches Brot essen Sie meistens?	Selbstgebackenes Vollkornbrot	Gekauftes Vollkornbrot	Vollkorn-/Schwarzwechselnd	Weissbrot	Toastbrot
Wieviel Stück Brot essen Sie täglich?	0-1	2	3-4	5-6	7 und mehr
Trinken Sie ca 2dl Kuhmilch ?	0x/Woche	1-6x/Woche	1x/Tag	2x/Tag	öfter
Essen Sie Kuhmilchprodukte ? (Quark, Joghurt, Käse)	0x/Woche	1-6x/Woche	1-2x/Tag	3x/Tag	öfter
Süßen Sie Tee oder Kaffee?	Nie	sehr selten	häufig mit Süsstoff	häufig mit Zucker	häufig mit Honig
Trinken Sie Mineralwasser ?	Natur	mit Kohlensäure	künstlich gesüsste	mit Zucker gesüsste	Coca Cola
Verwenden Sie Nahrung aus Konserven ?	Nie	1x/Woche	2-4x/Woche	5-7x/Woche	2x/täglich
Achten Sie beim Einkauf auf biologische Herkunft Ihrer Nahrungsmittel?	Stets	meistens	gelegentlich	sehr selten	nie
In welchem sozialen Umfeld essen Sie Normalerweise?	mit Familie	mit Partner	alleine	Restaurant Kantine	fliegend am Kiosk

10. Verdauungsleistung (Kreisen Sie bitte die zutreffendste Variante ein)

Essen Sie in Ruhe ?	In Ruhe und zu geregelten Zeiten	Wenig Ruhe, aber zu geregelten Zeiten	Unter Druck, aber zu geregelten Zeiten	Sehr hastig, aber zu geregelten Zeiten	Zwischendurch und hastig
Kauen Sie Ihre Nahrung?	mindestens 30x	langsam	schnell	sehr hastig	fast gar nicht
Haben Sie Blähungen ?	nie	1-2x/Woche	3-6x/Woche	täglich	Täglich mit Beschwerden
Wie oft haben Sie Stuhlgang ?	2x/Tag	1x/Tag	jeden 2.Tag	jeden 2.-3.Tag	Seltener
Haben Sie Durchfälle ?	nie	1x/Tag	2-3x/Tag	4x/Tag	Häufiger
Wie ist die Form des Stuhls ?	eine dicke Wurst	grosse Knollen	wie ein Bleistift	zerrissen	Dünn breiig salbenartig
Beobachten Sie unverdaute Nahrungsreste im Stuhl?	nie	1x/Monat	1-4x/Monat	2-6x/Woche	Täglich
Wie viele Portionen von WC-Papier benötigen Sie?	eine Portion	2-3 Portionen	4-5 Portionen	6 und mehr	Sehr verschieden
Haben Sie Afterbrennen Oder Afterjucken ?	nie	1x/Monat	ca. 1x/Woche	2-3x/Woche	Täglich
Darmpassagezeit:	Essen Sie bitte zu Mittag ca. 1 Suppenteller Spinat (Kinder ½ Teller). Messen Sie dann die Zeit, die vergeht (in Stunden), bis die Grünfärbung im Stuhl zu sehen ist.			Ergebnis:	Stunden

11. In welchen Verhältnissen sind Sie als Kind aufgewachsen?

Städtische Verhältn: ja/nein
 Einzelkind ja/nein
 Jüngere Geschwister ja/nein
 Anzahl Geschwister:

ländliche Verhältnisse ja/nein
 Bauernhof ja/nein
 Einzelkind ja/nein
 Jüngere Geschwister ja/nein
 Anzahl Geschwister:

12. Kleinkindesalter

Wurden Sie gestillt? ja/nein
 Wie viele Monate wurden Sie ausschliesslich gestillt?Monate
 In welchem Alter bekamen Sie den ersten Schoppen?Monate
 In welchem Alter bekamen Sie den ersten Brei?Monate

Versuchen Sie diese Fragen unbedingt zu beantworten, denn ihnen kommt eine grosse Bedeutung zu. Wenn Sie Ihre Mutter nicht mehr fragen können, helfen vielleicht ältere Geschwister. Auch die baldige Geburt eines jüngeren Geschwisters könnte für Sie ein Hinweis sein, wie lange Sie gestillt worden sind.

13. Zähne

Haben Sie wurzelbehandelte Zähne ja/nein
 Tragen Sie verschiedene Materialien wieviele?.....

im Mund (Goldkronen+Amalgam)
 Haben Sie Amalgamfüllungen
 Wurde eine Amalgamsanierung durchgeführt?

ja/nein
 ja/nein
 Wann?
 In welcher Zeit?

wieviele?.....
 Wieviele Plomben
 wurden entfernt?.....

14. Infektanfälligkeit

Leiden Sie an Husten?	nein	1-2x/Jahr	3-4x/Jahr	öfter
Leiden Sie an Erkältungen?	Nein	1-2x/Jahr	3-4x/Jahr	Öfter
Haben Sie oft Fieber?	nein	1-2x/Jahr	3-4x/Jahr	Öfter

15. Belastung durch Umweltfaktoren

Wie stark fühlen Sie sich durch Lärm belastet?	Nicht	minimal	mässig	stark	Extrem
Wie viele Stunden im Tag befinden Sie sich in Räumen mit künstlicher Beleuchtung ?	0-2	3-5	6-8	9-11	12 und mehr
Wie viele Stunden im Tag befinden Sie sich im Freien ?	2-9	1½-2	1-1½	½-1	½-0
Wieviele Stunden befinden Sie sich in unmittelbarer Nähe eines Bildschirms ?	0-1	2-3	4-5	6-7	8-10
Beeinträchtigen Ihre Wohnbedingungen Ihr körperliches Wohlbefinden?	nein	minimal	mässig	stark	extrem
Welche Baustoffe wurden in Ihren Wohnräumen verwendet? Spanplatten, Möbel aus Spanplatten, Kunstharzlacke u. -farben, Isolierschaum, Spannteppiche, Kunststoffapeten. Wieviele können Sie ankreuzen?	keine	1	2	3	4 und mehr
Verwenden Sie Haarspray, Raumspray, Insektenspray, Pflanzenschutzmittel, Intimspray? Wieviele können Sie ankreuzen?	keine	1	2	3	4 und mehr
Beeinträchtigen Ihre Arbeitsbedingungen Ihr körperliches Wohlbefinden?	nein	minimal	mässig	stark	extrem
Arbeiten Sie mit Metallen, Lösungsmitteln, Textilien, Nahrungsmitteln?	nein	Ja	mit welchen?		
Wie würden Sie ganz global Ihre Lebensqualität beurteilen?	sehr gut	gut	mässig	schlecht	miserabel

16. Vorgeschichte Ihrer Hauptbeschwerden

Ist dem erstmaligen Auftreten Ihrer Hauptbeschwerden eine Erkrankung oder eine Operation vorhergegangen? Welche?.....

Welcher Erschöpfungstyp sind Sie?		Ja	Typ 1	Typ 2	Typ 3	Typ 4	Typ 5	Typ 6	Typ 7	Typ 8	Typ 9	Typ 10
<p>Umkreisen Sie bitte alles, was Ihrer Meinung nach zutrifft. Wie Sie sehen werden, entsprechen Antworten meistens nicht nur einem Typ. Umkreisen Sie deshalb zutreffende Antworten bei allen Typen (1-10). Nach Ausfüllen des ganzen Fragebogens zählen Sie die Summe für jeden einzelnen Typ zusammen und tragen die Summe (nächste Seite) ein.</p>												
1	Kommen in Ihrer Familie Allergien vor?				1			1			1	1
2	Haben in den letzten zwei Jahren einen nahen Angehörigen verloren?		1	1								
3	Haben Sie lange aufopfernderweise Angehörige gepflegt?		1	1								
4	Haben Sie gerade eine Schwangerschaft oder Stillzeit hinter sich?						1		1			
5	Hatten Sie vor Ihrer Erschöpfung eine Erkältungskrankheit?				1	1					1	
6	Hatten Sie vor Ihrer Erschöpfung eine lange Krankheit?		1		1	1			1		1	
7	Waren Sie in den letzten zwei Jahren mehr als viermal beim Arzt?		1	1	1	1					1	
8	Haben Sie ein sehr schwaches Selbstbewusstsein?		1	1			1					
9	Leiden Sie häufig unter Ängsten?		1	1		1	1				1	
10	Haben Sie Angst vor dem Alleinsein?		1				1					
11	Haben Sie Platz- oder Höhenangst?		1		1	1	1					
12	Haben Sie Tage mit auffällender Empfindlichkeit (Mens/Vollmond)?		1				1					
13	Fühlen Sie sich nach einem Wutanfall immer völlig fertig?			1			1			1	1	
14	Leiden Sie unter fehlenden Zukunftsperspektiven oder Hoffnungslosigkeit?		1				1					
15	Haben Sie schon einmal Selbstmordabsichten gehabt?		1									
16	Leiden Sie unter Stimmungsschwankungen mit explosionsartigen Zornausbrüchen?			1			1	1		1		
17	Leiden Sie unter chronischer Verstopfung?		1				1	1	1	1	1	
18	Neigen Sie zu Bauchkrämpfen?							1		1	1	
19	Haben Sie häufig Blähungen?							1	1	1	1	
20	Haben Sie öfters Durchfälle?							1	1	1	1	1
21	Leiden Sie nach einem warmen Mittagessen unter ausgeprägter Müdigkeit?							1		1		
22	Brauchen Sie Ihren täglichen Mittagsschlaf?		1				1	1		1	1	
23	Haben Sie einen schlechten Schlaf und fühlen sich am Morgen nicht erholt?			1				1		1	1	
24	Wachen Sie nachts häufig zwischen 1 und 3 Uhr auf? Träumen Sie schlecht?							1		1		
25	Geht es Ihnen um Oktober/November und März/April schlechter?		1					1		1		
26	Essen Sie mehr als dreimal pro Woche Fertiggerichte?								1	1		1
27	Essen Sie weniger als dreimal in der Woche Rohkost?								1			1
28	Haben Sie den Verdacht auf Lebensmittelallergien? Oder hatte ihn Ihr Arzt?									1	1	
29	Vertragen Sie gewisse Nahrungsmittel schlecht?							1	1	1	1	
30	Sind Sie Raucher?			1						1	1	1
31	Trinken Sie mehr als dreimal pro Woche Alkohol?			1						1	1	1
32	Vertragen Sie weniger Wein oder Bier als früher?									1		1
33	Haben Sie Amalgamfüllungen in den Zähnen?									1		1
34	Fahren Sie viel Auto im Stadtverkehr oder stehen Sie häufig im Stau?			1						1		
Zwischensumme												
Welcher Erschöpfungstyp sind Sie?		Ja	Typ 1	Typ 2	Typ 3	Typ 4	Typ 5	Typ 6	Typ 7	Typ 8	Typ 9	Typ 10
35	Haben Sie Holz in Ihrer Wohnung, das vor 1986 chemischen Mittel behandelt wurde?							1		1		1

Ereignisse und Ihre Stresswerte

Tragen Sie Ihre Punktwerte der letzten 2 Jahre ein:

Belastende Situationen	Stresspunkte	Meine Stresswerte
1. Tod des (Ehe-) Partners	100	
2. Scheidung	73	
3. Trennung/Getrenntsein vom Partner	65	
4. Gefängnisstrafe	63	
5. Tod eines nahen Angehörigen	63	
6. Schwere Verletzungen oder Krankheit	53	
7. Hochzeit	50	
8. Entlassung oder Verlust des Arbeitsplatzes	47	
9. Versöhnung mit dem (Ehe-) Partner	45	
10. Pensionierung	45	
11. Schwere Erkrankung eines Angehörigen	44	
12. Schwangerschaft	40	
13. Sexuelle Probleme und Schwierigkeiten	39	
14. Familienzuwachs	39	
15. Berufswechsel oder berufliche Veränderung	39	
16. Veränderungen im finanziellen Bereich	38	
17. Tod eines nahen Freundes/ einer Freundin	37	
18. Auseinandersetzung mit dem (Ehe-) Partner	35	
19. Aufnahme von hohen Krediten, Hypotheken	31	
20. Verfall einer Hypothek/ eines Darlehens	30	
21. Ein Kind verlässt die Familie	29	
22. Konflikt mit Angehörigen des (Ehe-) Partners	29	
23. Aussergewöhnliche persönliche Leistung	28	
24. (Ehe-) Partner beginnt neue Arbeit/ kündigt	26	
25. Einschulung, Schulbeginn, Schulabschluss	26	
26. Aufgabe persönlicher Gewohnheiten	24	
27. Auseinandersetzung mit Vorgesetzten	23	
28. Veränderung der Arbeitsbedingungen	20	
29. Umzug, Wohnungswechsel, Schulwechsel	20	
30. Veränderungen im Freizeitbereich	19	
31. Veränderungen sozialer/politischer Aktivitäten	18	
32. Aufnahme eines kleinen Kredits	17	
33. Veränderung der Schlafgewohnheiten	16	
34. Urlaub	13	
35. Weihnachten	12	
36. Kleinere Gesetzesverstöße (erwischt oder nicht)	11	
Meine Summe		

Gesundheit: 0-199 kaum gefährdet, 200-299 gefährdet, mehr als 300 = extrem gefährdet

Dieser Stressindex wird in Amerika seit Jahren von Versicherungen benutzt.

Der Fragebogen über Erschöpfung wurde in den Grundzügen durch die Leitung der NaturaMed-Vitalklinik in D-88339 Bad Waldsee entworfen, von mir dann modifiziert.