

# Gesundheits-Check



Praxis f. Ursachen-Therapie

An der Lockwitz 62  
01768 Glashütte/Sachs.  
Tel.:03504-610389  
info@Ursachen-Therapie.de

Mitglied im



## ANGABEN ZU IHRER PERSON

Name			
Vorname			
Straße			
PLZ/Ort			
Telefon			
Alter in Jahren			
Geschlecht	W	M	
Körpergröße in cm			Körpergewicht in kg
Vegetarier	Ja	Nein	Reduktionskost Ja Nein

Beantworten Sie die Fragen mit Ja oder Nein.

Scannen Sie den Fragebogen ein oder schicken mir nur die Summe der JA-Antworten für den jeweiligen Bereich (z.Bsp: Lebenssituation 2x JA, Bereich 01: 3x JA, Bereich 02: 5x JA usw.) an [info@ursachen-therapie.de](mailto:info@ursachen-therapie.de)

## Ihre Beschwerden:

## ANGABEN ZU IHRER PERSÖNLICHEN LEBENSITUATION

		Ja	Nein
1.	Große körperliche Leistung ?		
2.	Erhöhter Alkoholkonsum ?		
3.	Zigarettenkonsum bis 40 Stück pro Tag ?		
4.	Zigarettenkonsum mehr als 40 Stück pro Tag ?		
5.	Erhöhter Stress ?		

## 01. IHRE ANGABEN ZU GEDÄCHTNISCHWÄCHE UND KONZENTRATIONSMANGEL

		Ja	Nein
1.	Fühlen Sie sich am Nachmittag genauso wach wie am Morgen ?		
2.	Können Sie aus dem Gedächtnis 10 Rufnummern von Freunden nennen ?		
3.	Sind Sie ohne Angstzustände oder depressive Stimmungen ?		
4.	Haben Sie gern anstrengende oder strittige Diskussionen ?		
5.	Schlafen Sie nachts lange ohne Unterbrechungen durch ?		
6.	Verlassen Sie das Bett morgens mit Freude und Elan ?		
7.	Sind Sie nervenstark und belastbar in Streßsituationen ?		
8.	Konzentrieren Sie sich gern beim Lösen von Problemen ?		
9.	Können Sie der Handlung eines Buches konzentriert folgen ?		
<b>Summe JA / NEIN</b>			

**02. IHRE ANGABEN ZU KRAMPFADERN UND HÄMORRHOIDEN**

		Ja	Nein
1.	Leiden Sie häufig unter Juckreiz ?		
2.	Spüren Sie manchmal nach einem langen Arbeitstag Ihre Beine ?		
3.	Haben Sie nach eigener Einschätzung Übergewicht ?		
4.	Haben Sie häufiger entzündete oder gerötete Augen ?		
5.	Leiden Sie öfter unter unerklärlicher Müdigkeit ?		
6.	Haben Sie gelegentlich erhöhte Körpertemperatur ?		
7.	Ist Ihr Gewebe morgens fester und straffer als abends ?		
8.	Leiden Sie gelegentlich unter Krämpfen in den Beinen ?		

Summe JA / NEIN

**03. IHRE ANGABEN ZU DURCHFALL, BLÄHUNGEN UND VERSTOPFUNG**

		Ja	Nein
1.	Haben Sie manchmal Durchfall durch Streß ?		
2.	Haben Sie manchmal Magenbeschwerden nach Kaffeegenuß ?		
3.	Frühstücken Sie morgens <sup>immer</sup> regelmäßig ?		
4.	Haben Sie Darmprobleme nach dem Essen ?		
5.	Haben Sie Durchfall und Verstopfung abwechselnd ?		
6.	Haben Sie Haarausfall ?		
7.	Trinken Sie viel zum Essen ?		
8.	Leiden Sie unter Hautausschlag ?		

Summe JA / NEIN

**04. IHRE ANGABEN ZU ENTZÜNDUNGEN UND ERKÄLTUNGEN**

		Ja	Nein
1.	Sind Sie häufig abnormal oder ungewöhnlich müde ?		
2.	Sehen Sie manchmal schlecht und unscharf ?		
3.	Haben Sie weiße Flecken unter den Fingernägeln ?		
4.	Haben Sie Altersflecken ?		
5.	Haben Sie häufig entzündete Schleimhäute ?		
6.	Leiden Sie unter Haarausfall ?		
7.	Ist Ihre Haut manchmal trocken ?		
8.	Reagieren Sie auf einige Lebensmittel allergisch ?		
9.	Haben Sie manchmal Hautausschlag ?		
10.	Heilen bei Ihnen kleine Wunden nur langsam ?		

Summe JA / NEIN

**05. IHRE ANGABEN ZU KARIES, ZAHNFLEISCHBLUTEN UND ZAHNFLEISCHSCHWUND**

		Ja	Nein
1.	Haben Sie manchmal ein störendes Druckgefühl im Gebiß ?		
2.	Meiden Sie festes Zubeißen mit den Schneidezähnen ?		
3.	Kauen Sie Hartes nur auf einer Seite ?		
4.	Haben Ihre Zähne helle und dunkle Flecken ?		
5.	Ist Ihr Zahnfleisch druck- oder schmerzempfindlich ?		
6.	Leiden Sie unter Zahnfleischbluten ?		
7.	Juckt Ihr Zahnfleisch manchmal ?		
8.	Ist Ihr Zahnfleisch manchmal gerötet oder geschwollen ?		

Summe JA / NEIN

**06. IHRE ANGABEN ZU RÜCKENSCHMERZEN UND BANDSCHEIBENBESCHWERDEN**

		Ja	Nein
1.	Sind Sie nach längerem Sitzen beim Aufstehen steif ?		
2.	Schlafen Sie nachts in gekrümmter Haltung ?		
3.	Arbeiten Sie am Schreib- oder Küchentisch vornübergebeugt ?		
4.	Leiden Sie häufig unter Entzündungen ?		
5.	Knirschen Ihre Nackenwirbel, wenn Sie den Kopf bewegen ?		
6.	Schlafen Sie auf sehr weicher Unterlage ?		
7.	Haben Sie starkes Übergewicht ?		
8.	Leiden Sie häufig unter Hexenschuß oder Ischias ?		
9.	Fällt es Ihnen schwer, über längere Zeit gerade zu stehen ?		
10.	Ist Ihre Haltung morgens aufrechter als abends ?		

Summe JA / NEIN

**07. IHRE ANGABEN ZU JUCKREIZ, HAUTAUSCHLAG UND ENTZÜNDUNGEN**

		Ja	Nein
1.	Haben Sie oft blaue Flecken oder geplatze Äderchen ?		
2.	Wird Ihre Haut ohne Feuchtigkeitscreme leicht rissig ?		
3.	Glänzt Ihre Haut an Stirn und Nase ?		
4.	Haben Sie fettiges Haar ?		
5.	Bekommen Sie leicht Sonnenbrand ?		
6.	Ist Ihre Haut an Gesicht und Hals abends welker ?		
7.	Haben Sie öfter Juckreiz an diversen Körperstellen ?		
8.	Haben Sie winzige Fältchen über der Oberlippe ?		
9.	Ist Ihre Haut an der Oberarminnenseite weicher als im Gesicht ?		

Summe JA / NEIN

**08. IHRE ANGABEN ZU HEUSCHNUPFEN, ASTHMA UND ENTZÜNDUNGEN**

		Ja	Nein
1.	Haben Sie Haarausfall ?		
2.	Leiden Sie manchmal nach Mahlzeiten unter Übelkeit ?		
3.	Haben Sie manchmal unerklärliche Hautflecken im Gesicht ?		
4.	Kommen Sie schwer von Ihrem Übergewicht herunter ?		
5.	Haben Sie oft Hautjucken an diversen Körperstellen ?		
6.	Sind Ihre Lippen manchmal geschwollen ?		
7.	Leiden Sie häufig unter Durchfall ?		
8.	Müssen Sie häufig niesen ?		
9.	Leiden Sie manchmal unter Blasenbeschwerden ?		
10.	Sind Sie oft müde und schlapp ?		

Summe JA / NEIN

**09. IHRE ANGABEN ZU EIN- UND DURCHSCHLAFSTÖRUNGEN**

		Ja	Nein
1.	Brauchen Sie zum Einschlafen länger als 15 Minuten ?		
2.	Wechseln Ihre Stimmungen tagsüber ?		
3.	Werden Sie oft hellwach, nachdem Sie gerade erst müde ins Bett gegangen sind ?		
4.	Ist die Qualität Ihres Schlafes wetterabhängig ?		
5.	Können Sie nur im Dunkeln einschlafen ?		
6.	Wachen Sie oft frühmorgens mit depressiven Stimmungen auf ?		
7.	Brauchen Sie zum Einschlafen ein Stimulans (z.B. Alkohol) ?		
8.	Wachen Sie nachts öfter als dreimal auf ?		
9.	Können Sie nur einschlafen, wenn Sie alleine sind ?		
10.	Haben Sie belastende Träume ?		

Summe JA / NEIN

**10. IHRE ANGABEN ZU NERVOSITÄT, GEREIZTHEIT UND ANGST**

		Ja	Nein
1.	Sind Sie häufig depressiv ?		
2.	Fällt es Ihnen schwer, sich zu freuen ?		
3.	Beschäftigen Sie sich mit der Vergangenheit mehr als mit der Gegenwart ?		
4.	Werden Sie schnell aggressiv ?		
5.	Sind Sie schmerzempfindlich ?		
6.	Sind Sie überrascht darüber, wie unbeherrscht Sie manchmal reagieren ?		
7.	Greifen Sie tagsüber häufig zu Süßigkeiten ?		
8.	Sind Sie oft unerklärlich müde ?		
9.	Leiden Sie zeitweise an Blasenschwäche oder Harnverhaltung ?		
10.	Fällt es Ihnen schwer, ruhig zu sitzen ?		

Summe JA / NEIN