

Fragebogen Mann

Datum:

Name:

Geb. Datum:

Alter:

Gewicht:

Größe:

1. Welche Beschwerden haben Sie zurzeit?
2. Was haben Sie bisher dagegen getan?
3. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente, Antibiotika, Cortison, Homöopathie/Komplexmittel, spezielle Tees etc.?
4. Wodurch wurden Ihre Beschwerden ausgelöst? (Psychische Ursachen wie Trauma, Schock, Ärger, Erregung, Potenzprobleme, Operation, Impfung etc.)
5. Welche Operationen hatten Sie in den letzten Jahren?
6. Gab es nach einer Operation irgendwelche Beschwerden?
7. Ist Ihr Blutdruck im Normbereich? Schwankt Ihr Blutdruck?
8. Konnten Sie schon einmal eine Reaktion auf eine Impfung beobachten?
9. Wie äußerte sich diese?

10. Haben Sie Amalgamfüllungen, seit wann und wie viele?

11. Falls entfernt, haben Sie eine Ausleitung gemacht, eine Entgiftung durchgeführt?

Pubertät

12. Hatten Sie als Jugendlicher Beschwerden wie Akne, andere Hautprobleme, Asthma, Depressionen, Gewichtsprobleme etc.?

13. In welchem Alter hatten Sie den ersten sexuellen Kontakt?

14. Hatten Sie danach irgendwelche Beschwerden?

15. Kopfschmerzen?

16. Schwindelgefühle?

Hormone

17. Nehmen Sie zurzeit irgendwelche Hormone ein und wenn ja, seit wann?

18. Welche Hormone haben Sie im Laufe Ihres Lebens bisher eingenommen? (bitte berücksichtigen Sie u.a. auch Insulin, Cortison, Schilddrüsenhormone und Muskelaufbaupräparate)

19. Waren Sie schon einmal wegen Ihrer Schilddrüse beim Arzt?

20. Welche Diagnose wurde gestellt?

21. Bitte geben Sie, wenn möglich, die Hormontestwerte von T3, T4 und TSH an

Bitte ausfüllen bei unerfülltem Kinderwunsch

22. Seit wann besteht bei Ihnen ein Kinderwunsch?

23. Welche Untersuchungen wurden bisher gemacht?

24. Wenn ja, wie war der Befund!

25. Welche Medikamente, Therapien und Eingriffe wurden bei Ihnen vorgenommen?

Allgemeines

26. Haben sie in letzter Zeit irgendwelche Veränderungen an sich festgestellt?

27. Wie alt waren Sie, als Sie erste Veränderungen bemerkten?

28. Hat sich an der Stärke Ihres Urinstrahls etwas verändert? Kommt er schwächer und mit Unterbrechung?

29. Wann waren Sie das letzte Mal bei einer Prostata – Vorsorgeuntersuchung?

30. Wenn ja, mit welchem Ergebnis?

31. Schwitzen Sie plötzlich aus unerklärlichen Gründen? (am Tag oder in der Nacht)

32. Frieren Sie leicht?

33. Macht Ihnen ein Rollkragenpullover oder ein geschlossener Kragen mit Krawatte etwas aus?

34. Haben Sie spürbar trockene Haut? Wo besonders?

35. Leiden Sie unter trockenen Schleimhäuten? (Augen, Nase ...)

36. Beobachten Sie vermehrt Haarausfall?

37. Leiden Sie unter Luftnot bei körperlicher Belastung?

38. Leiden Sie unter Herzjagen oder Herzstolpern?

39. Wie ist es mit Sex? Weniger Lust und Spaß als früher?

40. Haben Sie Erektionsprobleme?

41. Ist Ihr Schlaf gestört?

42. Leiden Sie unter Kopfschmerzen?

43. Gelenk- oder Rückenschmerzen?

44. Wie hoch ist Ihr Cholesterinspiegel?

Umwelt

45. Haben Sie regelmäßig mit Desinfektionsmitteln, Sprays, Schädlingsvernichtungsmitteln, Reinigungschemikalien, Klebstoffen, Lacken etc. zu tun?

46. Verwenden Sie Deos mit Aluminium?

47. Rauchen Sie?

Psyche

48. Leben Sie in einer Partnerschaft?

49. Haben Sie unter Familienkonflikten zu leiden?

50. Welcher beruflichen Tätigkeit gehen Sie nach? (Umweltbelastung, Elektrosmog, Stress, Sinnhaftigkeit....)

51. Wie empfinden Sie Ihre momentane seelische Belastung?

52. Haben Sie das Gefühl, dass Ihre „Lebensenergie“ nachlässt?

53. Leiden Sie unter Anfällen von Traurigkeit?

54. Sind Sie manchmal des Lebens „überdrüssig“?

55. Manchmal das Gefühl nicht mehr viel Wert zu sein?

56. Drücken Sie sich gegen Ihre sonstige Gewohnheit vor Verantwortung?

Nehmen Sie regelmäßig Vitalstoffe/Nahrungsergänzungen ein:

Mineralstoffkomplexe

Vitaminkomplexe

Omega 3

Coenzym Q10

Einzelne Vitaminpräparate (nur Vit. C., nur Vit. E u.a.)

Einzelpräparate Mineralstoffe (nur Magnesium, nur Calcium)

Gar nichts