

## GESUNDHEITS – FRAGEBOGEN

Jeweils die *passendste* Antwort wählen.

Seegarten Klinik  
Seestrasse 155A  
8802 Kilchberg - Zürich  
Switzerland

Phone +41 44 716 48 48  
Fax +41 44 716 48 47  
Email office@seegartenklinik.ch  
Web www.seegartenklinik.ch

Ernährung und Verdauung	Ja	Häufig	Selten	Nein
Konsumieren Sie zeitweilig Fast Food ?				
Ernähren Sie sich veganisch (Vegetarisch, ohne Eier, ohne Milch ?				
Trinken Sie mehr als drei Gläser Wein pro Woche				
Haben Sie Aufstossen, Luft im Bauch oder Magenschwere nach dem Essen ?				
Haben Sie einen schlechten Appetit ?				
Haben Sie Mundgeruch oder einen schlechten Geschmack im Mund ?				
Haben Sie Ihren Geschmackssinn teilweise oder gänzlich verloren ?				
Vertragen Sie gewisse Nahrungsmittel schlecht ?				
Haben Sie Schluckschwierigkeiten ?				
Leiden oder litten Sie unter Blutarmut ?				
Beim Stuhlgang erkennen Sie Unverdautes oder einen öligen Schleimfilm auf dem Wasser ?				
Können Sie nicht zunehmen ?				
Leiden Sie unter Sodbrennen ?				
Benutzen Sie Säurehemmer ?				
Benutzen Sie Verdauungs-Enzyme ?				
Sind Ihre Fingernägel weich, brüchig oder weisslich gefleckt ?				
Sind Sie anfällig für Muskelkrämpfe ?				
Sehen Sie schlecht in der Nacht ?				
Ist Ihre Haut trocken, leicht verletzlich oder schlecht heilend nach Verletzungen ?				
Anzahl Ja + Häufig Antworten (0-3 / 4-6 / 7-9 / >9)				

Hormonhaushalt	Ja	Häufig	Selten	Nein
Leiden Sie unter chronischen Stress ?				
Fühlen Sie sich schlecht, nachdem Sie eine Mahlzeit ausgelassen haben oder nach Süßigkeiten ?				
Wird es Ihnen Schwindelig beim raschen Aufstehen ?				
Leiden Sie unter Schlafstörungen, oder fühlen Sie sich morgens nicht ausgeruht ?				
Fühlen Sie sich müder oder depressiver im Winter ?				
Hatten Sie Verlust von Körperhaare (Männer + Frauen) oder Kopfhaare (Frauen) ?				
Sind Sie empfindlich auf leichte Wetterveränderungen ?				
Wird Ihre Haut braun auch ohne Sonnenstrahlen ?				
Haben Sie Salzhunger ?				
Sind Sie emotional labil oder leiden Sie unter Gemütsschwankungen ?				
Haben oder hatten Sie hohen Blutdruck ?				
Haben oder hatten Sie erhöhte Cholesterin- oder Blutfettwerte ?				
Kommt / kam Osteoporose in Ihrer Familie / Vorfahren vor ?				
Ist Ihr Libido gesunken ?				
Leiden Sie unter Erschöpfung, Obstipation, Gewichtszunahme, Hauttrockenheit oder Frösteln ?				
Haben Sie Gewichtsansatz vor allem am Bauch ?				
Haben Sie eine Steigerung des Durstempfindens oder des Wasserlösens beobachtet ?				
(Frauen) Fühlen Sie sich schlechter vor der Periode ?				
(Frauen) Hatten Sie Fertilitätsprobleme oder Aborte ?				
(Frauen) Hat sich Ihr Zyklus verändert ?				
(Frauen) Fühlen Sie sich schlechter seit der Menopause ?				
(Männer) Sind Sie müder oder fehlt es Ihnen an Motivation seit dem ca 50 Altersjahr ?				
Anzahl Ja + Häufig Antworten (0-3 / 4-6 / 7-9 / >9)				

<b>Entgiftung</b>	<b>Ja</b>	<b>Häufig</b>	<b>Selten</b>	<b>Nein</b>
Hatten Sie Kontakt mit Chemikalien oder toxische Schwermetalle bei der Arbeit oder zuhause ?				
Haben Sie Amalgamfüllungen oder wurzeltote Zähne ?				
Essen Sie grosse Fische wie Thuna, Schwertfisch, Halibut u.a. ?				
Sind Sie empfindlich auf den Geruch von Rauch, Autoabgase, Parfüm oder Reinigungsmittel ?				
Nehmen Sie zur Zeit mehr als einen chemischen Medikament ein ?				
Neigen Sie zur Entwicklung von Nebenwirkungen bei Medikamenteneinnahme ?				
Sind Ihnen Konzentrations- oder Gedächtnisstörungen aufgefallen ?				
Sind Sie empfindlich auf alkoholische Getränke geworden ?				
Hatten Sie eine Leberekrankung, Hepatitis oder Mononukleose / Ebstein Barr Virus ?				
Leiden Sie unter Muskelsteife, -schwäche oder rasche Ermüdung ?				
Haben Sie häufig Kopfschmerzen ?				
Haben Sie Mundaphthen, Karies oder Zahnfleischentzündung ?				
Anzahl Ja + Häufig Antworten (0-3 / 4-6 / 7-9 / >9)				

<b>Ausscheidung</b>	<b>Ja</b>	<b>Häufig</b>	<b>Selten</b>	<b>Nein</b>
Leiden Sie unter Verstopfung, Durchfall oder unregelmässiger Stuhlgang ?				
Ist Ihr Stuhl trocken, hart, bleistiftartig oder klein-kugelig ?				
Haben Sie auch Schleim- oder Blutabgang ?				
Leiden Sie unter Blähungen oder Aufstossen ?				
Leiden Sie unter diffuse Bauchbeschwerden oder -krämpfe ?				
Hatten Sie 2 oder mehr Antibiotikabehandlungen im letzten Jahr ?				
Waren Sie schon in den Tropen oder in weniger entwickelten Länder ?				
Trinken Sie Wasser aus einem Brunnen oder aus einem Bach ?				
Anzahl Ja + Häufig Antworten (0-2 / 3-5 / >5)				

<b>Immunabwehr</b>	<b>Ja</b>	<b>Häufig</b>	<b>Selten</b>	<b>Nein</b>
Sind Sie rasch erkältet oder vergrippt ?				
Erholen Sie sich nur langsam von einer Infektion ?				
Weisen Sie Drüsenschwellungen auf am Hals, in der Achselhöhle oder Leiste ?				
Leiden Sie unter jahreszeitliche Allergien ?				
Haben Sie dauernd eine verstopfte Nase oder Nasentropfen nach hinten ?				
Geht es Ihnen (innert Stunden bis 2 Tagen) schlechter nach dem Verzehr von bestimmten Speisen ?				
Haben Sie dunkle Augenringe ?				
Leiden oder littten Sie unter Asthma ?				
Hat man bei Ihnen schon eine Autoimmunerkrankung diagnostiziert ?				
Leiden Sie unter Gelenksschmerzen ?				
Leiden Sie unter Juckreiz der Augen, Nase, des Rachens, Hals oder der Haut ?				
Sind Sie empfindlich auf Schimmel, Staub, Haustiere oder andere Umwelteinflüsse ?				
Ist gehäuft Krebs in der Blutsverwandtschaft diagnostiziert worden ?				
Verzehren sie (fast) täglich Getreide- (wie Brot, Teigwaren, Cornflakes) und/oder Milchprodukte ?				
Haben Sie starkes Verlangen nach Zucker ?				
Mussten Sie sich jemals längere oder mehrere Antibiotikakuren unterziehen ?				
Leiden Sie unter Energiemangel oder Konzentrationsstörungen ?				
Anzahl Ja + Häufig Antworten (0-3 / 4-6 / 7-9 / >9)				

Name: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_