

Postadresse:
Kaffeefeld 2a
82481 Mittenwald
0049 (0)8823 9379888
Praxis.Pfeiffer@t-online.de
www.Naturheilpraxis-Pfeiffer.com

Praxisadresse:
Krottenkopfstraße 15
82467 Garmisch-Partenkirchen
0049 (0)8823 9379888

Hormon - Fragebogen Männer

Ausgefüllt am:

Name, Vorname

Adresse

PLZ und Ort:

Tel:

Email-Adresse:

Geburtsdatum:

Gelernter Beruf:
Ausgeübter Beruf:

Alter:

Versicherung:

Kasse:
Privat:

Beihilfe

Gewicht:

Größe:

Bitte füllen Sie den Fragebogen nach bestem Wissen aus. Wenn mehrere Antworten möglich sind, kreuzen Sie diese bitte an. Antworten Sie bitte gewissenhaft und möglichst ausführlich!
Schildern Sie bitte Ihre momentanen Beschwerden?

Seit wann haben Sie diese Beschwerden?

Haben Sie eine Vermutung, wodurch Ihre Beschwerden ausgelöst wurden?
(Psychische Ursachen wie Trauma, Schock, Ärger, Erregung, Operation, Impfung
etc...

Was haben Sie bisher dagegen unternommen? Befunde, Medikamente

Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit regelmäßig:?

Von welchen Erkrankungen und Operationen können Sie im Laufe Ihres Lebens
berichten? Bitte chronologisch aufzählen:

Wie hoch ist zurzeit Ihr Blutdruck?

Haben Sie Amalgamfüllungen, seit wann und wie viele?

- Ja
 Nein

Falls diese entfernt wurden, wann genau war das?

Und wurden die Schwermetalle von einem Therapeuten ausgeleitet?

- Ja
 Nein

Wenn ja, wie:

Sind Sie sonst in irgendeiner Weise Schwermetallen, Pestiziden oder Toxinen ausgesetzt gewesen?

- Ja
 Nein

Pubertät

Welche Beschwerden hatten Sie als Jugendlicher:

- Akne
- andere Hautprobleme
- Asthma
- Depressionen
- Gewichtsprobleme
- Magersucht
- Sonstiges

Hormone

Nehmen Sie zurzeit irgendwelche Hormone ein?

- Ja
 Nein

Wenn ja, welche und seit wann?

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

Waren Sie schon einmal wegen Ihrer Schilddrüse beim Arzt in Behandlung?

- Ja
 Nein

Mit welcher Diagnose?

Bitte geben Sie, unbedingt Ihre aktuellen Hormontestwerte der Schilddrüse von T3, T4 und TSH an (nicht älter als 6 Monate)

Haben Sie jemals Muskelaufbau-Produkte genommen?

- Ja
 Nein

Bitte ausfüllen bei unerfülltem Kinderwunsch

Seit wann besteht bei Ihnen ein Kinderwunsch?

Wurden bereits Untersuchungen des Spermas vorgenommen?

- Ja
 Nein

Wenn ja, wie war der Befund? (bitte in Kopie)

Welche Medikamente, Therapien und Eingriffe wurden bei Ihnen vorgenommen?

Sexualität

Haben Sie weniger Lust und Spaß als früher?

- Ja

Nein

Haben Sie Erektionsprobleme?

Ja

Nein

Haben Sie Probleme mit dem Samenerguss?

Ja

Nein

Haben Sie Schmerzen beim Verkehr oder danach?

Ja

Nein

Haben Sie Hodenschmerzen?

Ja

Nein

Hodenschwellung?

Ja

Nein

Allgemeines

Haben sie in letzter Zeit irgendwelche allgemeinen Veränderungen an sich festgestellt?

Ja

Nein

Wenn ja, welcher Art:

Wie alt waren Sie, als Sie diese Veränderungen bemerkten?

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

Ja

Nein

Wann waren Sie das letzte Mal bei einer Prostata – Vorsorgeuntersuchung?
Mit welchem Ergebnis?

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

Ja

Nein

Frieren Sie leicht? Wann und wo?

Ja

Nein

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

Ja

Nein

Haben Sie spürbar trockene Haut?

Ja

Nein

Wenn ja, wo besonders?

Leiden Sie unter trockenen Schleimhäuten? (Augen)

Ja

Nein

Beobachten Sie vermehrt Haarausfall?

Ja

Nein

Wie fühlen Sie sich bei körperlicher Belastung?

Leiden Sie unter Herzjagen oder Herzstolpern?

Ja

Nein

Beschreiben Sie bitte Ihren wie Sie schlafen?

Träumen Sie?

Ja

Nein

Leiden Sie unter Kopfschmerzen?

Ja

Nein

Leiden Sie unter Gelenk- oder Rückenschmerzen? Wenn ja, welcher Art?

Ja

Nein

Nehmen Sie Cholesterin-Blocker?

Ja

Nein

Psyche

Leben Sie in einer Partnerschaft?

- Ja
 Nein

Haben Sie unter Familienkonflikten zu leiden?

- Ja
 Nein

Wenn ja, welcher Art?

Wie empfinden Sie Ihre berufliche Belastung?

Beschreiben Sie bitte Ihre momentane seelische Verfassung?

Haben Sie das Gefühl, das Ihre „Lebensenergie“ nachlässt?

- Ja
 Nein

Leiden Sie unter Anfällen von Traurigkeit?

- Ja
 Nein

Wenn ja, wie äußert sie sich?

Sind Sie manchmal des Lebens „überdrüssig“?

- Ja
 Nein

Haben Sie manchmal das Gefühl nicht mehr viel Wert zu sein?

- Ja
 Nein

Drücken Sie sich gegen Ihre sonstige Gewohnheit vor Verantwortung?

- Ja
 Nein

Umweltfaktoren

Benutzen Sie regelmäßig Desinfektionsmitteln, Sprays, Schädlingsvernichtungsmitteln, Reinigungskemikalien, Klebstoffen, Lacken etc. zu tun?

- Ja
 Nein

Verwenden Sie:

- Weichspüler
 Deos mit Aluminium
 Nagellack und Nagellackentferner

Rauchen Sie?

- Ja
 Nein

Wie sieht Ihre Elektrosmog Belastung aus?

Haben Sie Antennen in unmittelbarer Nähe Ihres Wohnortes oder Arbeitsplatzes?

- Ja
 Nein

Benutzen Sie ein:

- DECT Telefon (schnurloses Telefon)
 Handy
 Bluetooth
 WLAN
 Sonstiges

Wie häufig fahren Sie größere Strecken mit ihrem Auto? Welchen Fahrzeugtyp fahren Sie?

Sind Sie auf Ihrem Arbeitsplatz anderen, Ihnen bekannten Schadstoffen ausgesetzt?

Ja

Nein

Wenn ja, welche?

Ernährung

Trinken Sie regelmäßig Alkohol?

Ja

Nein

Trinken Sie Leitungswasser?

Ja

Nein

Filtern Sie Ihr Wasser?

(Kein Brittafilter – dieser entkalkt nur!)

Ja

Nein

Wenn ja, mit welchem System?

Trinken Sie regelmäßig Flaschenwasser aus Plastikflaschen?

Ja

Nein

Essen Sie regelmäßig 3 Mahlzeiten am Tag?

Ja

Nein

Liegen zwischen diesen Mahlzeiten 4-5 Stunden Zeit?

Ja

Nein

Essen Sie Fertiggerichte, Tiefkühlkost?

Ja

Nein

Ernähren Sie sich eher vollwertig? (Vollkornprodukte, frisches Obst und Gemüse)

Ja

Nein

Ernähren Sie sich mit überwiegend mit Produkten aus kontrolliert biologischem Anbau?

Ja

Nein

Sind Sie Vegetarier?

Ja

Nein

Wenn ja, seit wann?

Essen Sie Vegan?

Ja

Nein

Wenn ja, seit wann?

Bitte kreuzen Sie an, was sie regelmäßig essen! (wie oft in der Woche?):

Pommes

Fertiggerichte

Fast-Food

Biofleisch

Konventionelles Fleisch

Schwein

Rind

Geflügel

Lamm

Fisch

Pasta

Brot

Käse

Obst

Gemüse

Salat

Essen Sie 5 Portionen (pro Portion ca. 150-200g) frisches Obst und frisches, rohes Gemüse am Tag?

Ja

Nein

Haben Sie häufig Verlangen auf Süßes und Süßigkeiten

Ja

Nein

Nehmen Sie Nahrungsergänzung ein:

Ja

Nein

Wenn ja, welche:

Mineralstoffkomplexe

Vitaminkomplexe

Omega 3

Coenzym Q10

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

Einzelpräparate Mineralstoffe (nur Magnesium, nur Calcium, nur Zink)

Ich nehme diese Produkte:

Regelmäßig

Unregelmäßig

Gar nichts

Von Welcher Firma beziehen Sie diese Produkte?

Bitte bewerten Sie untenstehende Symptome nach der subjektiven Stärke ihres Auftretens mit 1,2 oder 3

1 = kommt hin und wieder vor

2 = kommt öfter oder regelmäßig vor

3 = sehr häufiges, stark auftretendes Symptom

Bindehautentzündung

Lichtempfindlichkeit

- Augenringe
- Zu wenig Tränenflüssigkeit
- Nebenhöhlenentzündungen
- Bläschen, Herpes, Aphten
- Zahnfleischbluten
- Akne, Pickel, Furunkel
- Kloßgefühl, Druck im Hals
- Atemnot, Asthma, Kurzatmigkeit
- Übelkeit, Brechreiz
- Magenschmerzen
- Durchfall
- Verstopfung
- Schmerzen beim Stuhlgang/ Hämorrhoiden
- Appetitlosigkeit.
- Infektanfälligkeit
- Heißhungerattacken
- Prostatabeschwerden
- Nachlassender Urinstrahl
- Blasenschwäche, ständiger Harndrang
- Häufiges Wasserlassen
- Inkontinenz (Urintröpfeln beim Husten, Niesen u.a.)
- Blasenschmerzen
- Nierenschmerzen
- Rückenschmerzen
- Gelenkschmerzen,
- Krämpfe in Armen oder Beinen
- Kribbeln u. Taubheitsgefühl
- Rheumatische Schmerzen
- Weichteilrheumatismus
- Vermehrter Fettansatz an Bauch und Brust
- Osteoporose
- Ohrgeräusche, Ohrensausen
- Zittern

- Nervosität, innere Unruhe
- Ängste, Panikzustände
- Schnelles Weinen
- Depressionen
- Vergesslichkeit
- Lähmende Müdigkeit
- Schwäche
- Kreislaufbeschwerden
- Herzrasen. Herzstechen, Herzrhythmusstörungen.
- Herzkreislauferkrankungen, wenn ja, welche:
- Unerklärliche Gewichtsabnahme
- Unerklärliche Gewichtszunahme, wieviel im letzten Jahr ?
- Ständiges Frieren
- Immer zu warm
- Trockenes Haar
- Trockene, rissige Nägel
- Pilzerkrankung / Fußpilz
- Haarausfall
- Haare an Kinn und Oberlippe
- Schafprobleme
- Ständige, unerklärliche Müdigkeit und Antriebsschwäche

Bitte füllen Sie den Fragebogen nach bestem Wissen und Gewissen aus. Die Angaben unterliegen selbstverständlich der Schweigepflicht und werden streng vertraulich von mir behandelt.

Bitte denken Sie daran, das beiliegende Infoblatt „Vereinbarung“ unterschrieben mit beizufügen!

Herzlichen Dank!

