

# Fragebogen für den Biologisch-energetischen Systemtest

Name: .....Vorname.....geboren am.....

Welche Beschwerden stehen im Vordergrund (in der Reihenfolge der Bedeutung für Sie)

.....seit .....

.....seit.....

.....seit.....

Tragen Sie **Goldinlays/-kronen**? Wie viele? ..... Teil-, Vollprothesen?.....

Haben Sie noch **Amalgamfüllungen**? Wie viele? .....

Wurden früher mal Amalgamfüllungen entfernt? Ja/Nein

Haben Sie **Kontakte zu Stäuben, Chemikalien** etc.?.....

Welche **Tierkontakte** haben Sie? .....regelmäßig / unregelmäßig

Reagieren Sie auf **Tierhaare**, wenn ja welche?.....

Haben Sie **Schimmelbefall** in der Wohnung / am Arbeitsplatz? .....

Reagieren Sie unmittelbar auf **Lebensmittel**, wenn ja auf welche?.....

## Welche Vorbefunde wurden erhoben? Bitte das Ergebnis dazu schreiben

**Wasserstoffatmeteste** positiv:..... negativ.....

**Diaminooxidase** (Histaminabbau) wenn gemacht, wie hoch ist der Wert?.....

**Blutwerte bzgl. Gluten:** Gliadin-Antikörper .....

Transglutaminase (=Endoymysium) - Antikörper:.....

**Magenspiegelung** ja/nein unauffällig / auffällig war: .....

**Darmspiegelung** ja/nein unauffällig / auffällig war: .....

**Sonstige:** .....

<b>Bitte „kringeln“ Sie zutreffende Aussagen ein bzw. ergänzen Sie</b>			
<b>Kopfschmerzen</b>	wie oft?	.....mal pro Monat	wo?
<b>Migräne</b>	wie oft?	.....mal pro Monat	wo?
Ohrensausen (Tinnitus)	ja / nein	Schwindelerscheinungen	ja / nein
<b>Herz-Kreislaufsystem</b>		Hoher Blutdruck	ja / nein
Herzklopfen, -stolpern	ja / nein	Niedriger Blutdruck	ja / nein
Herzrasen	ja / nein	Starke Schwankungen	ja / nein
Nase Meist verstopft	ganzjährig, ev. winterbetont/ folgende Monate.....		
Nase Meist laufend	ganzjährig, ev. winterbetont/ folgende Monate.....		
Rachenverschleimung	ganzjährig, ev. winterbetont/ folgende Monate.....		
<b>Atemnot –Asthma</b>	ganzjährig, ev. winterbetont/ folgende Monate.....		
„Heuschnupfen“	Betroffen sind: Nase / Augen / Lunge	folgende Monate.....	
<b>Infekte der Atemwege</b>	.....mal pro Jahr		

Bitte beachten Sie auch die Fragen auf der Rückseite →→

**Bitte „kringeln“ Sie zutreffende Aussagen ein bzw. ergänzen Sie**

<b>Verdauung</b>	
Blähungen, Völlegefühl	ja / nein
sehr wechselnde Festigkeit des Stuhlgangs	ja / nein
überwiegend Durchfall/breiiger Stuhlgang	ja / nein
überwiegend harter/knollenförmiger Stuhlgang	ja / nein
Wie oft Stuhlgang	..... mal pro Tag ..... mal pro Woche
Sodbrennen/saures Aufstoßen	..... mal pro Tag ..... mal pro Woche
Bauchschmerzen	..... mal pro Woche Wo?.....
<b>Niere, Blase, Unterleib (Frau)</b>	
Menstruationsbeschwerden	ja / nein
Prämenstruelles Syndrom	ja / nein
gehäufte Harndrang	ja / nein
Gehäufte Blasenentzündungen	..... mal pro Jahr
Gehäufte Scheidenpilzinfektionen	..... mal pro Jahr
<b>Größe.....cm / Gewicht: ..... kg</b>	
auffällige Gewichtssprünge von Tag zu Tag	ja / nein
Neigung zu Wassereinlagerungen	ja / nein
<b>Haut</b>	
Hautausschläge: wo?.....	
Juckreiz ohne sichtbaren Ausschlag	ja / nein
Nesselsucht	ja / nein
ständig oder anfallsweise?	
<b>Gelenke, Muskulatur, Schmerzen: Wo?</b>	
Hatten Sie Unfälle/Verletzungen den Nacken betreffend?	Ja / nein
<b>Allgemeine Leistungsminderung</b>	
	Nein / leicht / stark
<b>Schlaf</b>	
Schlafen Sie schlecht ein?	ja / nein
Können Sie schlecht durchschlafen?	ja / nein
Wachen Sie immer etwa zur gleichen Zeit auf?	um.....Uhr.
<b>Psychische Erscheinungen:</b>	
Reizbarkeit, Stimmungsschwankungen	ja / nein
Angstzustände, Panikattacken	ja / nein
Depressionsneigung	ja / nein
<b>Sonstige, nicht abgefragte Beschwerden:</b>	
<b>Bei Kindern:</b>	
Überaktivität, Schwierigkeiten in Schule/Kindergarten?	ja / nein
<b>Ernährungsgewohnheiten</b>	
Fleisch	gar nicht / wenig / viel / sehr viel
Milchprodukte	gar nicht / wenig / viel / sehr viel
Fisch	gar nicht / wenig / viel / sehr viel
Sojaprodukte	gar nicht / wenig / viel / sehr viel
Kohlenhydrathaltige LM: (Brot, Nudeln, Reis etc.)	gar nicht / wenig / viel / sehr viel
Fette/Öle	sehr sparsam / normaler Verzehr
Sonstiges:.....	
<b>Nikotin:</b> ja / nein .....Zigaretten pro Tag	<b>Alkohol:</b> ja / nein was, wieviel pro Woche wie vertragen Sie alkoholische Getränke, insbesondere Rotwein oder Weißbier?.....
<b>Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? Welche?.....</b>	
Nahrungsergänzungsmittel? Welche?.....	