

Symptomfragebogen

Name: _____

Datum: _____

Beschwerden	Bitte ausfüllen			Schweregrad Schwach =1 Mittel =2 Stark =3
	Nicht	Zeitweise	ständig	
Starke Erschöpfung				
Konzentrationsstörungen				
Gedächtnisstörungen				
Denkstörungen				
Depression				
Persönlichkeitsveränderung				
Stimmungslabilität				
Nervosität				
Reizbarkeit				
Angstzustände				
Gefühl der Anspannung				
Gefühl der Niedergeschlagenheit				
Sorgen				
Kopfschmerzen				
Migräne mit Übelkeit und Erbrechen				
Schwindel				
Sehstörungen				
Tinnitus (Ohrgeräusche)				
Trigeminusneuralgie				
Nervenschmerzen				
Parästhesien (Kribbeln, Taubheitsgefühl)				
Haarausfall				
Hautausschlag				
Herzbeschwerden (Herzrasen, -klopfen)				
Herzrhythmusstörungen				
Blutdruck hoch				
Blutdruck niedrig				
Brustschmerz				
Kurzatmigkeit				
Asthma				
Chronische Bronchitis				
Muskelschmerzen				
Muskelschwäche				
Muskelzuckungen				
Gelenkschmerzen				
Gelenkschwellungen				
Rückenschmerzen				
Lähmungen				

Beschwerden	Bitte ausfüllen			
	Nicht	Zeitweise	ständig	Schweregrad Schwach =1 Mittel =2 Stark =3
Halsschmerzen				
Heiserkeit				
Schmerzende Lymphknoten				
Geschwollene Lymphknoten				
Temperaturschwankungen				
Wiederholtes Fieber				
Kälteempfindlichkeit				
Mund- und Rachenschmerzen				
Zahnfleischentzündungen				
Mundschleimhautbrennen				
Starker Speichelfluss				
Schleimhauttrockenheit				
Metallgeschmack				
Kloßgefühl				
Nachtschweiß				
Immer wiederkehrende Infekte				
Verdauungsstörungen				
Bauchschmerzen				
Magenschmerzen				
Durchfälle				
Verstopfung				
Koliken				
Übelkeit				
Erbrechen				
Blähungen				
Appetitmangel				
Gewichtsabnahme				
Gewichtszunahme				
Fettunverträglichkeit				
Nahrungsunverträglichkeit				
Übel riechender Stuhl				
Immer wiederkehrende Blaseninfekte				
Blasenschmerzen				
Blasenentleerungsstörung				
Nierenschwäche, -schmerzen				
Sexualstörungen				
Welches sind die 3 belastendsten Symptome für Sie zur Zeit?	1. 2. 3.			