

Innere Medizin · Endokrinologie · Diabetologie · Kardiologie · Nephrologie · Allgemeinmedizin · Präventivmedizin ·
 Ernährungsmedizin · Kinder- und Jugendheilkunde mit Endokrinologie und -Diabetologie

Umweltmedizin, Hormone, Mitochondrien („Zellkraftwerke“)

Dieser sehr ausführliche Fragebogen hilft uns, Ihre Beschwerden besser zu verstehen. Ideal ist es, wenn Sie diesen bereits ausgefüllt zum Erstgespräch mitbringen oder nach dem Termin zu Hause bearbeiten. Hiermit gelingt es dann auch im weiteren Verlauf der Behandlung genau zu bestimmen, ob und wie sich Ihre Beschwerden verändert haben.

1. Persönliche Angaben / Name und Vorname

Sind Ihnen Schadstoffe bekannt, mit denen Sie beruflich oder privat über lange Jahre in Kontakt gekommen sind?

2. Angaben zum Gesundheitszustand

| Haut | JA | NEIN | Wie oft? | Wann zuletzt? |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---|---|
| Rötungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input style="width: 100%;" type="text"/> | <input style="width: 100%;" type="text"/> |
| Ausschläge | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input style="width: 100%;" type="text"/> | <input style="width: 100%;" type="text"/> |
| Hautverfärbungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input style="width: 100%;" type="text"/> | <input style="width: 100%;" type="text"/> |
| Juckreiz | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input style="width: 100%;" type="text"/> | <input style="width: 100%;" type="text"/> |
| Nagelveränderungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input style="width: 100%;" type="text"/> | <input style="width: 100%;" type="text"/> |
| Zahnfleischveränderungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input style="width: 100%;" type="text"/> | <input style="width: 100%;" type="text"/> |
| Schwellungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input style="width: 100%;" type="text"/> | <input style="width: 100%;" type="text"/> |

| Sinnesorgane | JA | NEIN | Wie oft? | Wann zuletzt? |
|-------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------|----------------------|
| Sehschwäche | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Doppelbilder | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Trockene Augen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Gelbfärbung der Augen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Ohrgeräusche | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Störungen des Geschmack | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Störungen des Geruchs | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

| Nervensystem | JA | NEIN | Wie oft? | Wann zuletzt? |
|------------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------|----------------------|
| Starke, anhaltende Müdigkeit | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Häufige Schlafstörungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Konzentrationsstörungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Schwindel/Ohnmacht | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Leistungsverlust | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Gleichgewichtsstörungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Schwitzen ohne Anstrengung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

Innere Medizin · Endokrinologie · Diabetologie · Kardiologie · Nephrologie · Allgemeinmedizin · Präventivmedizin ·
 Ernährungsmedizin · Kinder- und Jugendheilkunde mit Endokrinologie und -Diabetologie

| | | | | |
|--------------------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------|----------------------|
| Kribbeln/Misempfinden/ Taubheit | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Temperaturwahrnehmungs- störungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Krämpfe | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

| Psyche | JA | NEIN | Wie oft? | Wann zuletzt? |
|--------------------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------|----------------------|
| Ausgeprägte Stimmungsschwankungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Aggressivität | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Depression | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Angst | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Desinteresse | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

| Atemorgane | JA | NEIN | Wie oft? | Wann zuletzt? |
|--|--------------------------|--------------------------|----------------------|----------------------|
| Häufiger Schnupfen mit „Triefnase“ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Trockene Nase | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Häufiges Nasenbluten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Heiserkeit | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Reizhusten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Schnarchen (mit oder ohne Atempausen) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Husten mit Auswurf | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Atemnot in Ruhe oder nur nach kleiner Anstrengung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

Innere Medizin · Endokrinologie · Diabetologie · Kardiologie · Nephrologie · Allgemeinmedizin · Präventivmedizin ·
 Ernährungsmedizin · Kinder- und Jugendheilkunde mit Endokrinologie und -Diabetologie

| Harn/Geschlechtsorgane | JA | NEIN | Wie oft? | Wann zuletzt? |
|---------------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------|----------------------|
| Brennen beim Wasserlassen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Urinveränderungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Nachtröpfeln von Urin | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Ausfluss aus Penis oder Scheide | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Schmerzen beim Samenerguss | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Störungen Lust oder Potenz | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

| Blutsystem/Allgemein | JA | NEIN | Wie oft? | Wann zuletzt? |
|---|--------------------------|--------------------------|----------------------|----------------------|
| Vermehrte Blutungsneigung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Häufig blaue Flecken | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Trockener Mund | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Häufige Schleimhautläsionen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Häufige Zahnfleischentzündungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Sodbrennen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Schluckbeschwerden | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Zungenbrennen oder metallischer Geschmack | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Übelkeit/Erbrechen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Durchfall | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Verstopfung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

Innere Medizin · Endokrinologie · Diabetologie · Kardiologie · Nephrologie · Allgemeinmedizin · Präventivmedizin ·
 Ernährungsmedizin · Kinder- und Jugendheilkunde mit Endokrinologie und -Diabetologie

| Muskeln/Gelenke | JA | NEIN | Wie oft? | Wann zuletzt? |
|--|--------------------------|--------------------------|----------------------|----------------------|
| Muskelschwäche | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Muskelzuckungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Gelenkschmerzen/ Schwellungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Spontane oder häufige Knochenbrüche | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Nackenschmerzen/Hals- wirbelsäulenschmerzen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Muskelverhärtungen/ Karpaltunnelsyndrom | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Kopfschmerzen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Rückenschmerzen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

| Stoffwechsel | JA | NEIN | Wie oft? | Wann zuletzt? |
|---|--------------------------|--------------------------|----------------------|----------------------|
| Gewichtsveränderungen in kurzer Zeit | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Heisshunger | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Durstgefühl | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Kälte/Hitze- unverträglichkeiten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Alkoholunverträglichkeit | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

| Störfaktoren im Job | JA | NEIN | Wie oft? | Wann zuletzt? |
|----------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------|----------------------|
| Lärm | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Kälte | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Geruch/Gase | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

Innere Medizin · Endokrinologie · Diabetologie · Kardiologie · Nephrologie · Allgemeinmedizin · Präventivmedizin ·
 Ernährungsmedizin · Kinder- und Jugendheilkunde mit Endokrinologie und -Diabetologie

| | | | | |
|--------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------|----------------------|
| Schichtarbeit | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Staub | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Vibrationen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Bildschirmarbeit | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Infektionsgefahren | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

| Schadstoffe | JA | NEIN | Wie oft? | Wann zuletzt? |
|------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------|----------------------|
| Lösungsmittel | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Schwermetalle | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Pestizide | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Kunststoffe | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Asbest/Glasfaser | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Andere? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

3. Angaben zum Wohnbereich

Größe des Hauses/der Wohnung in m²?

Seit wann wohnen Sie dort?

Wissen Sie das Baujahr des Gebäudes?

Wurde in dem Haus/Wohnung renoviert und wenn ja wann?

Privatpraxis Kosttor
Am Kosttor 1 | 80331 München
Tel.: 089-23239299-0 | Fax: 089-23239299-20
info@privatpraxis-kosttor.de | www.privatpraxis-kosttor.de

Innere Medizin · Endokrinologie · Diabetologie · Kardiologie · Nephrologie · Allgemeinmedizin · Präventivmedizin ·
Ernährungsmedizin · Kinder- und Jugendheilkunde mit Endokrinologie und -Diabetologie

Wie ist die Umgebung des Hauses/der Wohnung? Stadt, Land, Verkehrslärm,
Industrieanlagen, Starkstromleitungen, Sendemasten, Mobilfunk?

Heizungsart?

Wie ist die Schlafzimmer-Ausstattung? Fernseher, Radiowecker, Stromleitung im
Kopfbereich, Nachttischlampe?

Andere nicht abgefragte Symptome:

| Intensität der Symptome | Nie = 0 | Selten = 1 | Oft = 2 | Immer = 3 | Zeilensumme |
|--------------------------------|--------------------|-----------------------|--------------------|----------------------|--------------------|
|--------------------------------|--------------------|-----------------------|--------------------|----------------------|--------------------|

Innere Medizin · Endokrinologie · Diabetologie · Kardiologie · Nephrologie · Allgemeinmedizin · Präventivmedizin ·
 Ernährungsmedizin · Kinder- und Jugendheilkunde mit Endokrinologie und -Diabetologie

| | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------|
| Gelenkschmerzen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| Rückenschmerzen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| Nachlassende Merkfähigkeit | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| Schwitzen ohne körperliche Belastung, auch nachts | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| Schlafstörungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| Kopfschmerzen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| Abnehmende sexuelle Lust | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| Fortschreitende Gewichtszunahme | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| Nächtliches Wasserlassen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| Trockenheit Schleimhäute von Augen, Nase, Scheide | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| Haarausfall | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| Herzstolpern oder Herzjagen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| Luftnot unter Belastung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| Nachlassen der Energie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| Häufige Traurigkeit, weinerliche Neigung, öfter Stimmungstiefs | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!
 Ihr Privatpraxis Kosttor-Team