

# Fragebogen Stoffwechsel-Check

Name: .....

Vorname: .....

Mehrfach-Mennung zum Teil möglich

## Warum machen Sie diesen Stoffwechsel-Check?

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Interesse  | <input type="checkbox"/> Energielosigkeit | <input type="checkbox"/> Gewichtsabnahme             |
| <input type="checkbox"/> Werte wie Blutfette, Blutzucker, Leber etc. verbessern |   | <input type="checkbox"/> Gesundheit und Wohlbefinden |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges: .....                                       |   |  |



## Probleme und Symptome, die Sie am Meisten stören?

.....  
 .....

## Was sollte sich verbessern?

.....  
 .....

## Persönliches:

Beruf: .....

 Sind Sie Raucher?  Nein  Ja, wie viele am Tag: .....

 Treiben Sie Sport?  Nein  Ja, wie oft wöchentlich: .....

Welche Sportarten? .....

## Persönliches Stresslevel:

## Belastung: (Punkte von 1: keine – 5: maximal)

- |           |                                  |                                 |                               |  |   |
|-----------|----------------------------------|---------------------------------|-------------------------------|--|---|
| beruflich | <input type="checkbox"/> niedrig | <input type="checkbox"/> mittel | <input type="checkbox"/> hoch | <input type="checkbox"/> körperlich: ..... | <input type="checkbox"/> geistig: ..... |
| privat    | <input type="checkbox"/> niedrig | <input type="checkbox"/> mittel | <input type="checkbox"/> hoch | <input type="checkbox"/> körperlich: ..... | <input type="checkbox"/> geistig: ..... |

## Wie fühlten Sie sich in den letzten vier Wochen in Bezug auf:

- |                             |  |                            |                            |                            |                            |   |
|-----------------------------|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|---|
| Müdigkeit                   | <input type="checkbox"/> 0 (gar nicht müde)      | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 6 | <input type="checkbox"/> 8 | <input type="checkbox"/> 10 (total müde)      |
| Depression                  | <input type="checkbox"/> 0 (gar nicht depressiv) | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 6 | <input type="checkbox"/> 8 | <input type="checkbox"/> 10 (total depressiv) |
| Schlafstörungen             | <input type="checkbox"/> 0 (gut und tief)        | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 6 | <input type="checkbox"/> 8 | <input type="checkbox"/> 10 (sehr schlecht)   |
| Konzentration/Merkfähigkeit | <input type="checkbox"/> 0 (keine Probleme)      | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 6 | <input type="checkbox"/> 8 | <input type="checkbox"/> 10 (maximal)         |
| Schmerzen (egal wo)         | <input type="checkbox"/> 0 (keine Schmerzen)     | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 6 | <input type="checkbox"/> 8 | <input type="checkbox"/> 10 (maximal)         |

Wo hauptsächlich? .....

## Essensgewohnheiten:

Mischköstler       Vegetarier       Veganer       sonstiges: .....

Wie viele Mahlzeiten pro Tag: .....       eher fett-       eher eiweiss-       eher kohlenhydratreich

Bekannte Lebensmittelallergien: .....

Bekannte Lebensmittel-Intoleranzen: .....

Bei welchen Lebensmittel bekommen Sie Probleme? Mit welcher Auswirkung? Kaffee? Alkohol ?

.....

Auf welche Lebensmittel können Sie nur schwer verzichten? Evtl. nach Süssem/Schokolade/Sahne/Butter/Salzigem o.a.?

.....

Verwenden Sie Zuckerersatzstoffe?       Ja       Nein

Können Sie fasten?       Ja       Nein

## Darm:

Verstopfung       Durchfall       Reizdarm       Blähungen: direkt danach / zeitversetzt

Beschwerden auch nachts?      Stuhlgang wie oft: .....

### Konsistenz des Stuhlgangs:

hell       dunkel       übel riechend       hart       knollig

weich       schmierig       pastenartig       schwimmend       tauchend       explosionsartig

## Magen:

Völlegefühl       Blähbauch: direkt danach / zeitversetzt

Appetitlosigkeit       Gastritis       Sodbrennen

## Wie ist Ihr Schlaf?

Schlaflosigkeit       Einschlafprobleme       Durchschlafprobleme       Nachtschweiss

lebhafte Träume       kein Erinnern an Träume       Unruhe in den Beinen       brennende, heisse Füsse

Schnarchen Sie?       Haben Sie morgens einen trockenen Mund?

häufiges Erwachen (Uhrzeit): .....       häufiges Wasserlassen – wie oft? .....

Schlafdauer: .....       übliche Bettgezeit: .....       übliche Aufstehzeit: .....

Morgens:       steife Gelenke       Wirbelsäulenschmerzen       fehlender Erholungseffekt

## Wärmegefühl / Schwitzen?      Hitzeunverträglichkeit

Sie frieren schnell       keine gutes Temperaturempfinden       Sie haben häufig ein Hitzegefühl

ohne Schweiß       mit Schweiß: leicht / stark       kaltschweissig

tagsüber       nachts       wallend       konstant

sie wachen an der Hitze auf       Hitze kommt erst nach dem Aufwachen       Hitze: wie lange schon? .....

Können Sie in die Sauna gehen?       Ja       Nein

### Gesundheit:

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Allergien       | <input type="checkbox"/> Energielosigkeit         | <input type="checkbox"/> Migräne, Kopfschmerzen          |
| <input type="checkbox"/> Blutdruck, Herz | <input type="checkbox"/> Gicht                    | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenprobleme            |
| <input type="checkbox"/> Cholesterin     | <input type="checkbox"/> Steine? Galle / Niere    | <input type="checkbox"/> Müdigkeit                       |
| <input type="checkbox"/> Depressionen    | <input type="checkbox"/> Infektanfälligkeit       | <input type="checkbox"/> Vergesslichkeit / Konzentration |
| <input type="checkbox"/> Diabetes        | <input type="checkbox"/> Menstruation / Menopause | <input type="checkbox"/> Nackenprobleme                  |
| <input type="checkbox"/> Borreliose      | <input type="checkbox"/> Krebserkrankungen        | <input type="checkbox"/> Ödeme                           |
| <input type="checkbox"/> Tinnitus        | <input type="checkbox"/> Trigeminusschmerzen      | <input type="checkbox"/> Epilepsie                       |

### Weiteres:

- |  |   |  |                                       |                              |
|--|---|--|---------------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ihre Reizbarkeit hat sich verstärkt   | <input type="checkbox"/> Sie reagieren sehr empfindlich auf Geräusche |  |                                       |                              |
| <input type="checkbox"/> Taubheitsgefühl oder Kribbeln an Händen oder Füßen  | <input type="checkbox"/> Nervenbeschwerden                            |  |                                       |                              |
| <input type="checkbox"/> Sie leiden Sie oft unter Erkältungskrankheiten?   | <input type="checkbox"/> Sie sind häufig krank?                       |  |                                       |                              |
| <input type="checkbox"/> wiederkehrende Blasenentzündungen   | <input type="checkbox"/> benebeltes Denken                            | <input type="checkbox"/> kratzige, heisere Stimme          |                                       |                              |
| <input type="checkbox"/> Risse in Lippe und Mundecken  | <input type="checkbox"/> entzündete Zunge/Zungenbrennen               | <input type="checkbox"/> starke UV-Empfindlichkeit         |                                       |                              |
| <input type="checkbox"/> verstärkte Verhornung (Ellenbogen, Knie)  | <input type="checkbox"/> Muskelschmerzen                              | <input type="checkbox"/> Gelenkschmerzen / Rückenschmerzen |                                       |                              |
| <input type="checkbox"/> Schluckstörungen (trockener Hals)   | <input type="checkbox"/> laufende Nase                                | <input type="checkbox"/> Herzrasen                         | <input type="checkbox"/> Krämpfe      |                              |
| <input type="checkbox"/> Hautprobleme, welche?.....  | <input type="checkbox"/> Wundheilungsstörungen                        | <input type="checkbox"/> Parodontose                       |                                       |                              |
| <input type="checkbox"/> Metallgeschmack im Mund   | <input type="checkbox"/> Wetterfühligkeit                             | <input type="checkbox"/> Probleme Riechvermögen            |                                       |                              |
| <input type="checkbox"/> Fremdstoffe im Körper: Herzschrittmacher / Metalle / künstliche Gelenke / Kupfer-Spirale: ..... |   |  |                                       |                              |
| <input type="checkbox"/> Wurzelgefüllte Zähne  | <input type="checkbox"/> Füllungen: Amalgam o.a.                      | <input type="checkbox"/> Parodontitis                      | <input type="checkbox"/> Brücken etc. |                              |
| Frauen:  | <input type="checkbox"/> Myome  | <input type="checkbox"/> Zysten                            | <input type="checkbox"/> Endometriose | <input type="checkbox"/> PCO |

**OP's - Welche? Wann?** .....

**Frühere Erkrankungen – was, wann?** .....

**Familiäre Erkrankungen?** .....

### Medikamente:

- |  |                         |
|--|-------------------------|
| <input type="checkbox"/> Pille / Spirale / Östrogene | wenn Ja, welches: ..... |
| <input type="checkbox"/> Blutdrucksenker             | wenn Ja, welches: ..... |
| <input type="checkbox"/> Cholesterinsenker           | wenn Ja, welches: ..... |
| <input type="checkbox"/> Antidiabetika               | wenn Ja, welches: ..... |
| <input type="checkbox"/> Sonstige: .....             |                         |

### Naturheilmittel:

.....

### Nahrungsergänzungsmittel:

.....

## Adrenal Fatigue - Fragebogen nach Dr. Wilson

Dieser Fragebogen wurde übersetzt aus dem englischen Original von Dr. Wilson  
(adrenalfatigue.org) und unter [www.adrenal-fatigue.de](http://www.adrenal-fatigue.de) zur Verfügung gestellt.

- |   |   |
|---|---|
| <b>1. Andauernde Müdigkeit, die sich durch Schlaf nicht bessert?</b>  | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Trotz gutem nächtlichen Schlaf fühlen Sie sich morgens immer noch müde. Erholsamer Schlaf ist für Sie ein Fremdwort.  |   |
| <b>2. Verlangen nach Salz oder salzigen Lebensmitteln?</b>  | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Salz (auch Salzwasser) bessert die Beschwerden. Sie verdrücken oft die ganze Tüte Chips oder salzen Essen nach.   |   |
| <b>3. Sie sind lethargisch, haben wenig Energie?</b>  | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Alles wird zur (Schwerst-) Arbeit, sogar Dinge die sie mögen?   |   |
| <b>4. Sie sind leicht ermüdbar.</b>   | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Alles verlangt grosse Anstrengungen. Eine Runde um den Block wird zum Marathon.   |   |
| <b>5. Geringe Libido</b>  | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Der heisseste Kinostar könnte in Ihrem Schlafzimmer warten - sie würden eine Migräne vortäuschen.<br>Sex ist meist das letzte an was Sie denken, wenn Sie kaum genug Energie haben Ihren Kopf aufrecht zu halten.   |   |
| <b>6. Verminderte Fähigkeit mit Stress umzugehen.</b>   | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Kleinigkeiten die Ihnen nie etwas ausgemacht haben verursachen Stress. Aggressives Autofahren, andauernde Ängstlichkeit, die Kinder anschreien, zwanghaftes Essen, Rauchen oder Drogenkonsum sind Zeichen dafür, dass Ihre Nebennieren um Hilfe schreien. |   |
| <b>7. Verlangsamte Wundheilung und wiederkehrende Infekte.</b>  | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Sie leiden an wiederkehrenden Infekten, die sich lange hinziehen und verlangsamter Wundheilung?   |   |
| <b>8. Milde Depressionen</b>  | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Leiden Sie manchmal unter Depressionen? Alles erscheint Ihnen sinnlos?  |   |
| <b>9. Wenig Freude oder Spass am Leben.</b>   | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Nichts scheint Sie mehr zu interessieren. Arbeit und Beziehungen scheinen leer und Sie tun fast nie etwas nur zum Spass.  |   |
| <b>10. Verstärkte PMS (Prämenstruelles Syndrom)</b>   | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Aufgebläht sein, müde, reizbar, Krämpfe und Verlangen nach Schokolade – wird es noch schlimmer  |   |
| <b>11. Die Symptome verschlechtern sich wenn eine Mahlzeit ausgelassen wird oder nicht ausreichend / angemessen ist?</b>  | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Sie müssen oft zu Snacks, Cola und Kaffee greifen um nicht zu kollabieren?  |   |
| <b>12. Gedanken sind wenig konzentriert, eher verworren. Wattiger Kopf.</b>   | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Sie verlieren regelmässig den roten Faden und es ist schwieriger Entscheidungen zu treffen?   |   |
| <b>13. Ihnen wird schwindelig oder schwarz vor Augen bei schnellem Aufstehen?</b>   | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Sie fühlen sich manchmal etwas benebelt oder gar als ob sie ohnmächtig werden, wenn Sie zu schnell von ihrem Stuhl oder Bett aufstehen?   |   |
| <b>14. Ihr Gedächtnis lässt nach?</b>   | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Sie sind so vergesslich und verwirrt, sie müssten Professor sein?   |   |
| <b>15. Niedrige Toleranz</b>  | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Menschen scheinen sehr viel anstrengender als sie es sein sollten.  |   |
| <b>16. Schwierigkeiten morgens wach zu werden?</b>  | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Mit drei Wecker fühlen Sie sich immer noch nicht wach genug, ihren Kopf zu heben oder ihre Augen zu öffnen.   |   |
| <b>17. Tiefpunkt am Nachmittag zwischen 15 und 17 Uhr?</b>  | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Etwa zu dieser Uhrzeit fühlen sie sich wie unter Drogen und schläfrig?  |   |
| <b>18. Sie fühlen sich besser nach dem Abendessen?</b>  | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Nach 18 Uhr und dem Abendessen fühlen Sie sich wieder lebendig?   |   |
| <b>19. Verminderte Produktivität?</b>   | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Sie brauchen länger für Ihre Aufgaben und es fällt Ihnen schwer dabeizubleiben.   |   |
| <b>20. Grössere Anstrengungen die täglichen Aufgaben zu erledigen.</b>  | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Alles scheint grössere Anstrengungen zu erfordern als üblich.   |   |

## Mitochondrien-Test nach Dr. Erpenbach: „Voll fertig! Bin ich nur müde oder schon krank?“

- |  |                             |                               |     |
|--|-----------------------------|-------------------------------|-----|
| 1. Haben Sie bisher ohne Pause (auch an Wochenenden und im Urlaub) gearbeitet? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | a   |
| 2. Haben Sie auf Erholung am Abend und/oder Wochenende verzichtet?             | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | a   |
| 3. Haben Sie auf Entspannung am Abend und/oder Wochenende verzichtet?          | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | a   |
| 4. Waren oder sind Sie hyperaktiv?   | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | a   |
| 5. Haben Sie eigene Bedürfnisse missachtet?                                    | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | a   |
| 6. Haben Sie Misserfolge verdrängt?  | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | a   |
| 7. Haben Sie soziale Kontakte eingeschränkt?                                   | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | a   |
| 8. Sind Sie dauernd müde und erschöpft?  | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | abd |
| 9. Suchen Sie Ablenkung oder Entspannung mit Alkohol?                          | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | a   |
| 10. Suchen Sie Ablenkung und Trost mit Rauchen und/oder Essen?                 | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | a   |
| 11. Suchen Sie Ablenkung oder Trost mit Computer/Internet?                     | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | a   |
| 12. Haben oder hatten Sie Stress?  | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | ad  |
| 13. Haben oder hatten Sie Konzentrations- oder Merkfähigkeitsstörungen?        | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | b   |
| 14. Leiden oder litten Sie an Schlafstörungen oder Alpträumen?                 | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | bg  |
| 15. Haben oder hatten Sie Angstzustände oder Alpträume?                        | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | bdg |
| 16. Haben oder hatten Sie Schwindel oder Drehschwindel?                        | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | bc  |
| 17. Leiden oder litten Sie an kalten Händen und/oder Füßen?                    | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | b   |
| 18. Leiden oder litten Sie an Magenschmerzen oder Sodbrennen?                  | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | bh  |
| 19. Leiden Sie an Blähungen oder angespanntem Bauch (=Trommelbauch)?           | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | bh  |
| 20. Leiden Sie an Durchfall oder Verstopfung?                                  | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | bh  |
| 21. Haben oder hatten Sie Muskelschmerzen oder Muskelverletzungen?             | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | bg  |
| 22. Haben oder hatten Sie Gelenkschmerzen?                                     | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | bg  |
| 23. Haben oder hatten Sie Migräne, Kopf- oder Rückenschmerzen?                 | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | b   |
| 24. Hatten Sie eine Gehirnerschütterung?                                       | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | c   |
| 25. Hatten Sie schon einmal ein Kopf- oder Nacken-Anprall-Trauma?              | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | c   |
| 26. Schwitzen Sie nachts?  | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | g   |
| 27. Haben oder hatten Sie Heisshungerattacken?                                 | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | f   |
| 28. Leiden oder litten Sie an Heuschnupfen oder Asthma bronchiale?             | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | f   |
| 29. Leiden oder litten Sie an Nahrungsmittelallergien?                         | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | f   |
| 30. Leiden oder litten Sie an Hautproblemen (Akne, Ekzem)?                     | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | f   |
| 31. Reagieren Sie auf Modeschmuck (mit Juckreiz, Ekzem)?                       | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | f   |
| 32. Ist bei Ihnen ein Diabetes mellitus (Zuckererkrankung) bekannt?            | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |     |
| 33. Sind Sie infektanfällig?   | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | bde |

**Test „Hormonelle Dysfunktion“ nach Dr. Erpenbach: „Voll fertig! Bin ich nur müde oder schon krank?“**

- |   |                             |                               |       |
|---|-----------------------------|-------------------------------|-------|
| 1. Sind Sie dauernd müde und erschöpft?                                 | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | abcde |
| 2. Frieren Sie oft und schnell?   | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | a     |
| 3. Neigen Sie zu Verstopfung?   | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | a     |
| 4. Neigen Sie zu Wassereinlagerungen in den Beinen?                     | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | a     |
| 5. Brauchen Sie lange Erholungsphasen nach Anstrengungen?               | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | a     |
| 6. Haben Sie an Gewicht zugenommen?                                     | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | a     |
| 7. Haben Sie (als Frau) geschrumpfte oder hängende Brüste?              | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | b     |
| 8. Haben Sie trockene Schleimhäute (Auge-Mund-Vagina)?                  | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | b     |
| 9. Haben Sie keine oder sehr schwache Regelblutung?                     | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | b     |
| 10. Haben Sie zu kurze oder zu lange Zyklen mit wenig Blutung?          | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | b     |
| 11. Haben oder hatten Sie Konzentrations- oder Merkfähigkeitsstörungen? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | be    |
| 12. Leiden Sie an Kopfschmerzen oder Migräne während der Regelblutung?  | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | b     |
| 13. Haben Sie Hitzewallungen?   | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | be    |
| 14. Haben Sie Haarausfall?  | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | b     |
| 15. Leiden Sie an Depressionen?   | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | be    |
| 16. Haben Sie einen geringeren oder nachlassenden Geschlechtstrieb?     | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | b     |
| 17. Schwitzen Sie nachts?   | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | b     |
| 18. Leiden Sie an Osteoporose?  | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | bd    |
| 19. Leiden Sie an schmerzhaften Brustschwellungen?                      | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | c     |
| 20. Leiden Sie vor der Regel an Hand- oder Fusschwellungen?             | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | c     |
| 21. Haben Sie eine starke Regelblutung?                                 | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | c     |
| 22. Leiden Sie an Regelschmerzen (prämenstruelles Syndrom)?             | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | c     |
| 23. Leiden Sie an Kopfschmerzen oder Migräne vor der Regelblutung?      | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | c     |
| 24. Haben Sie Angstzustände?  | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | ce    |
| 25. Sind Sie leicht reizbar und nervös?                                 | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | ce    |
| 26. Haben Sie Schlafstörungen?  | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | ce    |
| 27. Haben Sie Konzentrationsverluste?                                   | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | ce    |
| 28. Haben Sie Zysten an Brust oder Eierstöcken?                         | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | c     |
| 29. Haben Sie Knoten in der Gebärmutter?                                | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | c     |
| 30. Leiden Sie an Muskelschwund oder erschlafften Muskeln?              | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | d     |
| 31. Haben Sie Verlust an Achsel- und Schambehaarung?                    | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | d     |
| 32. Haben Sie Muskel- oder Gelenkschmerzen?                             | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | d     |
| 33. Sind Sie überempfindlich auf Stress?                                | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | de    |
| 34. Haben Sie mangelndes Selbstbewusstsein oder Selbstzweifel?          | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | d     |

## AVEM-Test der Universität Jena

### AVEM-Kurzverfahren

(Schaarschmidt und Fischer, 2001)

Instruktion:

Lesen Sie jede Frage durch und entscheiden Sie, in welchem Maße jede einzelne Aussage für Sie persönlich zutrifft. Kreuzen Sie dazu die jeweilige Zahl an. Sie haben jeweils 7 Möglichkeiten zur Auswahl:

Wie sehr trifft für Sie zu, dass Sie ...	<u>gar nicht</u>						<u>voll und ganz</u>
	1	2	3	4	5	6	7
1. die Arbeit als Ihren wichtigsten Lebensinhalt ansehen? (Subjektive Bedeutsamkeit der Arbeit)	SSB	SSBB	GSSBB	GGsABB	GGAAB	GAA	AA
2. im Beruf mehr erreichen wollen als andere? (Beruflicher Ehrgeiz)	SSB	SSBB	SSBB	GSAB	GGAA	GGA	GGA
3. sich über das gesunde Maß hinaus verausgaben, wenn es die Arbeitsaufgabe erfordert? (Verausgabungsbereitschaft)	SS	SSB	GSB	GGsABB	GAABB	GAAB	AA
4. die Arbeit immer perfekt, also ohne Fehler und Tadel, machen wollen? (Perfektionsstreben)	SS	SSB	SSBB	GSABB	GGAAB	GAA	GAA
5. nach der Arbeit problemlos abschalten und an andere Dinge denken können? (Distanzierungsfähigkeit)	AA	AAB	AABB	GABB	GGsB	GGSS	GSS
6. nach Misserfolgen schnell zur Resignation und zum Aufgeben neigen? (Offensive Problembewältigung)	GGs	GGs	GGSSA	GSAAB	AABB	BB	BB
7. sich auch bei auftretenden Schwierigkeiten und Hindernissen behaupten und durchsetzen? (Resignationstendenz bei Misserfolgen)	BB	SABB	SSAB	GSAA	GGsAA	GGA	GG
8. selbst bei größter Aufregung und Hektik in Ihrer Umgebung ruhig und gelassen bleiben können? (Problembewältigung)	AABB	AABB	AABB	GSAABB	GGSSAB	GGSS	GGs
9. in Ihrem bisherigen Berufsleben erfolgreich sein konnten? (Innere Ruhe und Ausgeglichenheit)	BB	BB	SAB	GSSAA	GSAA	GGA	GG
10. mit Ihrem gesamten Leben zufrieden sind? (Lebenszufriedenheit)	BB	ABB	AAB	GSA	GGSS	GGs	GG
11. sich stets auf Verständnis und Unterstützung durch nahe stehende Menschen verlassen können? (Erleben sozialer Unterstützung)	AABB	AABB	SAABB	GSSAB	GGSS	GGs	GGs

## Was essen und trinken Sie wann?

**Frühstück** Uhrzeit ca: .....

Essen: .....  
.....

Trinken: .....

**Znüni** Uhrzeit ca: .....

Essen: .....  
.....

Trinken: .....

**Mittagessen** Uhrzeit ca: .....

Essen: .....  
.....

Trinken: .....

**Zvieri** Uhrzeit ca: .....

Essen: .....  
.....

Trinken: .....

**Abendessen** Uhrzeit ca: .....

Essen: .....  
.....

Trinken: .....

**Nach dem Abendessen** Uhrzeit ca: .....

Essen: .....  
.....

Trinken: .....