

# Fragen zur Krankheitsgeschichte

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_ Geb. Datum \_\_\_\_\_

Straße / Platz / Hausnummer \_\_\_\_\_

PLZ \_\_\_\_\_ Wohnort \_\_\_\_\_

Telefon privat mit Vorwahl \_\_\_\_\_ Telefon geschäftl./dienstl. mit Vorwahl \_\_\_\_\_

Welchen Beruf haben Sie erlernt \_\_\_\_\_

Welchen Beruf üben Sie gegenwärtig aus \_\_\_\_\_

Sehr geehrte Patientin!  
 Sehr geehrter Patient!  
 Die nachfolgenden Fragen betreffen Ihre Person und Ihre Krankenvorgeschichte. Sie dienen der Klärung Ihres Krankheits- oder Beschwerdebildes und erleichtern unser anschließendes Gespräch. Die **gewissenhafte und vollständige Beantwortung** der Fragen liegt daher in Ihrem eigenen Interesse.  
 Bitte kreuzen Sie den jeweils zutreffenden Kreis deutlich an. ⊗  
**Ihre Antworten unterliegen selbstverständlich der Schweigepflicht. Eine Weitergabe Ihrer Angaben, auch nur auszugsweise, können nur mit Ihrer schriftlichen Genehmigung erfolgen.**  
 Vielen Dank für Ihre Mitwirkung.

Familienstand: ledig  ; getrennt lebend   
 verheiratet  ; geschieden  ; verwitwet

Größe in cm: \_\_\_\_\_

Gewicht in kg: \_\_\_\_\_

<b>Familienanamnese und Krankenvorgeschichte</b>	Welche Familienkrankheiten sind Ihnen bekannt !			Welche Krankheiten hatten oder haben Sie!			Dieses Feld bitte für Notizen freilassen!
	ja	nein	weiß nicht	ja	nein	weiß nicht	
Typhus / Paratyphus / Ruhr .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Tuberkulose .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Geisteskrankheit .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Geschlechtskrankheiten .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Epilepsie .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Herzkrankheiten .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Gefäßkrankheiten .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Hoher Blutdruck .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Schlaganfall .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Asthma .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Zuckerkrankheit .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Rheumatismus / Gicht.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Steinkrankheiten (Galle-, Nierensteine) .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Migräne .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Krebs .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
AIDS .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Leberentzündung .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Nervenzusammenbruch / nervöse Beschwerden..	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Selbstmord / Selbstmordversuch(e) .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

**Welche Infektionskrankheiten haben Sie durchgemacht**  
 Masern  ; Scharlach  ; Diphtherie  ; Keuchhusten  ;  
 Mumps  ; Röteln  ; Windpocken  ; Kinderlähmung  ;  
 Malaria  ; Tetanus  ; Tropen Krankheiten

**Welche Impfungen haben Sie durchgemacht**  
 Masern  ; Scharlach  ; Diphtherie  ; Keuchhusten  ;  
 Mumps  ; Röteln  ; Pocken  - Kinderlähmung  ;  
 Malaria  ; Tetanus  ; Tuberkulose  ; Tropen Krankheiten  ;  
 Tollwut  ; sonstige  .....

**Nerven**  
 Haben Sie Nervenschmerzen .....

**wenn ja:** Gesichtsneuralgie  ; Trigeminusneuralgie  ;  
 Armneuralgie  ; sonstige Neuralgie  ;

Haben Sie mit Lähmungen zu tun .....

**wenn ja:** Beschreibung: .....

Wenn Sie zu einer Frage noch etwas dazu sagen oder fragen wollen, kennzeichnen Sie die Frage am Anfang bzw. die Fragennummer mit einem ✓

<b>Allgemeine Fragen</b>		<b>Dieses Feld bitte für Notizen freilassen!</b>		
<b>Lebensgewohnheiten</b>		ja	nein	weiß nicht
1. Rauchen Sie gewohnheitsmäßig .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<b>wenn ja:</b> Zigaretten <input type="radio"/> ; Zigarren <input type="radio"/> ; Pfeife <input type="radio"/> ;				
1.1 Haben Sie geraucht .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<b>wenn ja:</b> seit wann nicht mehr? .....				
2. Trinken Sie regelmäßig alkoholische Getränke .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Bier kein <input type="radio"/> ; bis 2 Glas <input type="radio"/> ; bis 4 Glas <input type="radio"/> ; bis 8 Glas <input type="radio"/> ; mehr <input type="radio"/> pro Tag				
Wein kein <input type="radio"/> ; bis 2 Glas <input type="radio"/> ; bis 4 Glas <input type="radio"/> ; bis 8 Glas <input type="radio"/> ; mehr <input type="radio"/> pro Tag				
Schnaps und ähnliches kein <input type="radio"/> ; bis 2 Glas <input type="radio"/> ; bis 4 Glas <input type="radio"/> ; bis 8 Glas <input type="radio"/> ; mehr <input type="radio"/> pro Tag				
zeitweise starker Trinker .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Entziehungskuren .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
aufgegeben seit .....				
wieder Alkohol seit .....				
<b>Medikamente / Drogen</b>				
3. Nahmen Sie in den letzten 4 Wochen Schmerzmittel .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
4. Nahmen Sie in den letzten 4 Wochen Schlafmittel .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
5. Nehmen Sie zur Zeit Herz- und Kreislaufmittel.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
6. Nahmen Sie in den letzten 3 Mon. blutgerinnungshemmende Mittel ....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
7. Nahmen Sie in den letzten 4 Wochen Beruhigungsmittel .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
8. Nehmen oder nahmen Sie Drogen (Hasch, Speed, LSD etc.) .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<b>Fragen 9. und 10. nur von weibl. Patienten auszufüllen:</b>				
9. Nehmen Sie die Pille ? .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
10. Nahmen Sie die Pille ? .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Wie lange ? .....		Mon./	Jahre	
11. Welche Medikamente nehmen Sie außerdem?				
a)..... Dosis: .....				
b)..... Dosis: .....				
c)..... Dosis: .....				
d)..... Dosis: .....				
<b>Schwangerschaft / Menses</b>		(nur von weiblichen Patienten auszufüllen)		
12. Sind Sie schwanger .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
13. Menses				
<b>a) Regel :</b> ausbleibend <input type="radio"/> ; stockend <input type="radio"/> ; unregelmäßig <input type="radio"/> verfrüht <input type="radio"/> ; verspätet <input type="radio"/> ; verlängert <input type="radio"/> ; schwach <input type="radio"/> ; stark <input type="radio"/>				
<b>b) Schmerzen:</b> vor der Regel <input type="radio"/> ; während der Regel <input type="radio"/> ; nach der Regel <input type="radio"/>				
Schmerzen vor der Regel : im Unterleib <input type="radio"/> ; im Kopf <input type="radio"/> ; im ganzen Körper <input type="radio"/>				
Schmerzen während der Regel : im Unterleib <input type="radio"/> ; im Kopf <input type="radio"/> ; im ganzen Körper <input type="radio"/>				
<b>c) Farbe / Konsistenz:</b> hell <input type="radio"/> ; dunkel <input type="radio"/> ; klumpig <input type="radio"/> ; übelriechend <input type="radio"/>				
<b>Allgemeinbefinden</b>		ja	nein	weiß nicht
14. Haben Sie in den letzten 12 Monate mehr als 5 kg zugenommen .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
15. Haben Sie in den letzten 12 Monate mehr als 5 kg abgenommen .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<b>Überempfindlichkeiten (Allergien) gegen</b>				
16. Eiweiße (Eier, Milch, Fisch u.a. Nahrungsmittel) .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
17. Arzneimittel (Penicillin, Pyramidon, Aspirin, Jod, Insulin u.a.) .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
18. Staub von Betten, Blütenstaub, Pollen, Hausstaub.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
19. Röntgenkontrastmittel .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
20. sonstiges: .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<b>Gegenwärtige Beschwerden</b>				
<b>I. Schmerzen</b>				
<b>A. Kopfschmerzen</b>				
21. Leiden Sie an Kopfschmerzen oder Druckgefühl im Kopf .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<b>wenn nein, beantworten Sie ab Frage Nr. 22 weiter</b>				

Sonstige Fragen zu Ihrer Person	ja	nein	Dieses Feld bitte für Notizen freilassen
<b>A. Kopfschmerzen</b> (Fortsetzung)			
<b>a) Häufigkeit:</b> selten <input type="radio"/> ; monatl. <input type="radio"/> ; wöchentl. <input type="radio"/> ; 2-3 mal wöchentl. <input type="radio"/> fast tägl. <input type="radio"/> ; ständig <input type="radio"/>			
<b>b) Lokalisation:</b> vom Rücken her <input type="radio"/> ; vom Nacken her <input type="radio"/> ; Stirn <input type="radio"/> ; Schläfen <input type="radio"/> Scheitel <input type="radio"/> ; Hinterkopf <input type="radio"/> ; Kopfmittle <input type="radio"/> ; hinter den Augen <input type="radio"/> rechts <input type="radio"/> ; links <input type="radio"/> ; beidseitig <input type="radio"/> ; wechselseitig <input type="radio"/>			
<b>c) Modalitäten:</b> diffus, dumpf <input type="radio"/> ; bohrend <input type="radio"/> ; stechend <input type="radio"/> ; brennend <input type="radio"/> ; klopfend <input type="radio"/> mit Gliederschwere <input type="radio"/> ; bei verzögerter Mahlzeit <input type="radio"/> ; nach dem Essen <input type="radio"/> morgens <input type="radio"/> ; mittags <input type="radio"/> ; abends <input type="radio"/> ; nachts <input type="radio"/> ; um ..... Uhr <input type="radio"/> Trockenheit bessert <input type="radio"/> ; Trockenheit verschlechtert <input type="radio"/> Feuchtigkeit verschlimmert <input type="radio"/> ; Feuchtigkeit bessert <input type="radio"/> Wetterwechsel verschlimmert <input type="radio"/> ; Reaktion auf Mondphasen <input type="radio"/> Sonne verschlimmert <input type="radio"/> ; Kälte verschlimmert <input type="radio"/> ; Wärme verschlimmert <input type="radio"/> Sonne bessert <input type="radio"/> ; Kälte bessert <input type="radio"/> ; Wärme bessert <input type="radio"/>			
<b>d) Begleiterscheinungen:</b>			
Haben Sie bei Kopfschmerzen Brechreiz oder müssen Sie sich erbrechen .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Sehen Sie vor dem Auftreten der Kopfschmerzen Flimmern oder Flecken .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<b>B. Körperschmerzen</b> (nicht Organschmerzen)			
22. Leiden Sie an sonstigen Körperschmerzen .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<b>wenn nein, beantworten Sie ab Frage Nr. 23</b>			
<b>a) Häufigkeit:</b> selten <input type="radio"/> ; monatl. <input type="radio"/> ; wöchentl. <input type="radio"/> ; 2-3 mal wöchentl. <input type="radio"/> fast tägl. <input type="radio"/> ; ständig <input type="radio"/>			
<b>b) Lokalisation:</b> Hals <input type="radio"/> ; Rücken <input type="radio"/> ; Steiß <input type="radio"/> ; Lenden <input type="radio"/> ; Brust <input type="radio"/> ; Brustbein <input type="radio"/> Oberbauch <input type="radio"/> ; Unterbauch <input type="radio"/> ; Oberarme <input type="radio"/> ; Unterarme <input type="radio"/> ; Hände <input type="radio"/> Finger <input type="radio"/> ; Hüften <input type="radio"/> ; Oberschenkel <input type="radio"/> ; Unterschenkel <input type="radio"/> ; Füße <input type="radio"/> Zehen <input type="radio"/> ; alle Gelenke <input type="radio"/> ; Schulter <input type="radio"/> ; Ellenbogen <input type="radio"/> ; Knie <input type="radio"/> Muskel <input type="radio"/> ; Sehnen / Bänder <input type="radio"/> ; Schlund <input type="radio"/> rechts <input type="radio"/> ; links <input type="radio"/> ; beidseitig <input type="radio"/> ; wechselseitig <input type="radio"/>			
<b>c) Modalitäten:</b> dumpf <input type="radio"/> ; bohrend <input type="radio"/> ; stechend <input type="radio"/> ; brennend <input type="radio"/> ; klopfend <input type="radio"/> juckend <input type="radio"/> ; ziehend <input type="radio"/> ; spastisch(krampfend) <input type="radio"/> morgens <input type="radio"/> ; mittags <input type="radio"/> ; abends <input type="radio"/> ; nachts <input type="radio"/> ; um ..... Uhr <input type="radio"/> Feuchtigkeit verschlimmert <input type="radio"/> ; Feuchtigkeit bessert <input type="radio"/> Trockenheit bessert <input type="radio"/> ; Trockenheit verschlechtert <input type="radio"/> Wetterwechsel verschlimmert <input type="radio"/> ; Reaktion auf Mondphasen <input type="radio"/> Sonne verschlimmert <input type="radio"/> ; Kälte verschlimmert <input type="radio"/> ; Wärme verschlimmert <input type="radio"/> Sonne bessert <input type="radio"/> ; Kälte bessert <input type="radio"/> ; Wärme bessert <input type="radio"/> ; Druck bessert <input type="radio"/> Druck verschlechtert <input type="radio"/> ; Frühling <input type="radio"/> ; Sommer <input type="radio"/> ; Herbst <input type="radio"/> ; Winter <input type="radio"/>			
<b>d) Begleiterscheinungen in Armen, Händen, Beinen oder Füßen</b>			
23. Schlafen Ihnen zeitweise die Arme ein .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
24. Haben Sie kurze Anfälle von Zuckungen oder Krämpfen in den Armen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
25. Sind die Gelenke steif oder geschwollen .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
26. Sind Sie in einer Hand oder in beiden Händen schwach oder zitterig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
27. Haben Sie Gefühlsstörungen in den Händen .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
28. Haben Sie nächtliche Wadenkrämpfe .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
29. Müssen Sie wegen krampfartiger Schmerzen in den Beinen stehen bleiben .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
30. Haben Sie geschwollene Beine oder Füße .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
31. Haben Sie Gefühlsstörungen in den Beinen oder in den Füßen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<b>II. Organbeschwerden</b>			
<b>A. Augenbeschwerden</b>			
32. Haben Sie Augenschmerzen .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
33. Flimmern <input type="radio"/> ; Schlieren <input type="radio"/> ; Blitzen in den Augen <input type="radio"/> rechts <input type="radio"/> ; links <input type="radio"/> ; beidseitig <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
34. Grauer Star (Katarakt ; Linsentrübung) .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
35. Grüner Star (Glaukom) .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

Sonstige Fragen zu Ihrer Person	ja	nein	weiß nicht	Dieses Feld bitte für Notizen freilassen
<b>A. Augenbeschwerden</b> (Fortsetzung)				
36. Schielen (Strabismus) rechts <input type="radio"/> ; links <input type="radio"/> ; beidseitig <input type="radio"/>		<input type="radio"/>		
37. Überempfindlichkeit gegen Licht und Wärme .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
38. Erblindung rechts <input type="radio"/> ; links <input type="radio"/> ; beidseitig <input type="radio"/>		<input type="radio"/>		
39. Nachtblindheit .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
<b>B. Beschwerden im Halsbereich</b>				
40. Haben Sie ein Kloßgefühl im Hals .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
41. Haben Sie Beschwerden beim Schlucken .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
42. Sind Sie schon mehr als 14 Tagen heiser .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
43. Haben Sie eine Vergrößerung Ihrer Schilddrüse bemerkt ....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
<b>C. Beschwerden der Nase</b>				
44. Haben Sie seit mehr als 14 Tagen Schnupfen .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
45. Bekommen Sie leicht Nasenbluten .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
46. Borkenbildung: hart <input type="radio"/> ; gummiartig <input type="radio"/>		<input type="radio"/>		
47. Nasenschleim: wäßrig <input type="radio"/> ; klebrig <input type="radio"/> ; eitrig <input type="radio"/> ; blutig <input type="radio"/>		<input type="radio"/>		
48. Geruchsempfinden gestört .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
<b>D. Ohrenbeschwerden / Gehör</b>				
49. Haben Sie Schmerzen im Ohr ? rechts <input type="radio"/> ; links <input type="radio"/>		<input type="radio"/>		
50. Fließt Eiter aus dem Ohr .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
51. Hörvermögen gesteigert oder überempfindlich .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
52. Hörvermögen vermindert, seit langem <input type="radio"/> ; plötzlich <input type="radio"/>		<input type="radio"/>		
53. Hatten Sie bereits einen Hörsturz .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
54. Taubheit: rechts <input type="radio"/> ; links <input type="radio"/>		<input type="radio"/>		
55. Ohrensausen (Tinnitus) schwach <input type="radio"/> ; stark <input type="radio"/>		<input type="radio"/>		
anfallweise <input type="radio"/> ; unaufhörlich <input type="radio"/> ; nur nachts <input type="radio"/>				
<b>E. Beschwerden an Mund, Zähnen, Kiefer und Wangen</b>				
56. Haben Sie öfter mit Herpes simpl. an den Lippen oder der Nase zu tun .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
57. Haben Sie öfter mit Aphten (Bläschen) auf der Mund- und/oder Wangenschleimhaut zu tun .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
58. Haben Sie geschwollene oder verhärtete Stellen in den Lippen oder in der Mundschleimhaut .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
59. Haben Sie häufiger Zahn- oder Kieferschmerzen .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
60. Haben Sie Zähne mit AMALGAM-Füllungen .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
61. Haben Sie auffälligen Mundgeschmack .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
wenn ja ; wann ?			<input type="radio"/>	
Mundgeschmack ist: fad <input type="radio"/> ; bitter <input type="radio"/> ; salzig <input type="radio"/> ; süßlich <input type="radio"/> ; brennend <input type="radio"/> ; beißend <input type="radio"/>			<input type="radio"/>	
<b>F. Lunge / Atmung</b>				
62. Haben Sie Schmerzen beim Luftholen .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
63. Haben Sie seit mehr als 14 Tagen Husten .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
64. Haben Sie häufig Bronchitis .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
65. Hatten Sie schon ein- oder mehrmals eine Lungenentzündung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
66. Husten Sie Blut .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
67. Leiden Sie zeitweise oder dauernd an Atemnot .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
68. Haben Sie beim Atmen, Pfeifen oder Röcheln in der Brust	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
69. Haben Sie Auswurf .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
wenn ja: mäßig <input type="radio"/> ; stark <input type="radio"/> ; locker <input type="radio"/> ; zäh <input type="radio"/> ; wäßrig <input type="radio"/> ; klebrig <input type="radio"/> ; eingetrocknet <input type="radio"/> ; weiß <input type="radio"/> ; gelb <input type="radio"/> ; klar <input type="radio"/> ; mit Blut <input type="radio"/> ; übelriechend <input type="radio"/> ; nach warmem Trinken <input type="radio"/> ; nach kaltem Trinken <input type="radio"/> ; nach Mahlzeiten <input type="radio"/> ; nach Aufregung <input type="radio"/> ; selten <input type="radio"/> ; öfter <input type="radio"/> ; tägl. <input type="radio"/> ; öfter am Tage <input type="radio"/> ; jede Nacht <input type="radio"/>				

Sonstige Fragen zu Ihrer Person	ja	nein	weiß nicht	Dieses Feld bitte für Notizen freilassen
<b>G. Sonstige Beschwerden in der Brust einschließlich Herzbeschwerden</b>				
70. Leiden Sie an Unbehagen, Druckgefühl oder Schmerzen in der Brust	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
<b>wenn ja:</b>				
Empfinden Sie Schmerzen hinter dem Brustbein .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Ziehen sich Schmerzen bis in den linken Arm .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Ziehen Schmerzen bis in den rechten Arm und zum Hals .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Treten die Beschwerden bei vollem Magen auf .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Verstärken sich die Beschwerden bei Anstrengungen .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
<b>Herzbeschwerden</b>				
71. Leiden Sie unter Herzschmerzen oder Herzbeschwerden .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
<b>wenn ja:</b>				
Haben Sie den Eindruck, daß Ihr Herz manchmal unregelmäßig schlägt .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Tritt bei Herzbeschwerden Atemnot auf .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Verspüren Sie bei Herzschmerzen Todesangst .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Halten die Schmerzen 1-15 Minuten an .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Halten die Schmerzen länger als 1 Stunde an .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
<b>H. Beschwerden mit Kreislauf und Gefäßsystem</b>				
72. Leiden Sie an Bluthochdruck .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
73. Leiden Sie an zu niedrigem Blutdruck .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
74. Ist Ihr Blutdruck zu wechselhaft .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
75. Ist Ihr Puls oft zu langsam (unter 60 Schlägen/Min.) .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
76. Haben Sie mit Krampfadern zu tun .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
77. Haben Sie mit Hämorrhoiden zu tun .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
78. Haben Sie mit offenem Bein (Ulcus cruris) zu tun .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
<b>I. Beschwerden im Magen - Bauchbereich</b>				
79. Haben Sie Beschwerden oder Unwohlsein:				
vor <input type="radio"/> ; während <input type="radio"/> ; oder nach dem Essen <input type="radio"/>		<input type="radio"/>		
80. Haben Sie oft Sodbrennen .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
<b>wenn ja:</b>				
im sitzen <input type="radio"/> ; im liegen <input type="radio"/> ; beim bücken <input type="radio"/> ;				
nur nach süßem Essen <input type="radio"/> ; nur nach Alkoholgenuß <input type="radio"/>				
nur nachts <input type="radio"/> ; immer <input type="radio"/>				
81. Haben Sie häufiger Erbrechen oder Brechreiz .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
82. Enthielt das Erbrochene blutige bzw. hellrote Spuren .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
83. Haben Sie Beschwerden oder Schmerzen im Magen oder im Bauchbereich .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
<b>wenn ja:</b>				
84. Haben Sie Schmerzen in der Magengrube .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
85. Haben Sie Schmerzen im rechten Oberbauch .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
86. Haben Sie Schmerzen im Bereich des Unterbauchs .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
87. Strahlen die Schmerzen in die Herzgegend aus .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
88. Treten die Schmerzen meistens bei leerem Magen auf	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
89. Verringern sich die Schmerzen, wenn Sie etwas gegessen haben	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
90. Wie sind die Schmerzen: ständig <input type="radio"/> ; wechselnd <input type="radio"/>				
krampfend <input type="radio"/> ; ziehend <input type="radio"/> ; stechend <input type="radio"/>				
<b>J. Beschwerden mit dem Darm, Stuhlgang und Stuhl bitte in jedem Fall beantworten ; Fragen bitte nicht überspringen</b>				
91. Haben Sie oft mit Blähungen zu tun .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
92. Haben Sie starkes rumoren in den Därmen .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
93. Haben Sie Schmerzen in den Därmen .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
94. Haben Sie Beschwerden beim Stuhlgang .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
95. Die Stuhlentleerung erfolgt: spontan <input type="radio"/> ; erschwert <input type="radio"/> ; unwillkürlich <input type="radio"/> ; schmerzhaft <input type="radio"/>				
96. Wie oft können Sie Stuhl entleeren: .....mal tägl. ; 1mal tägl. <input type="radio"/> ; jeden 2. Tag <input type="radio"/> ; seltener <input type="radio"/>				
97. Haben Sie mit Verstopfung zu tun .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		

Sonstige Fragen zu Ihrer Person	ja	nein	weiß nicht	Dieses Feld bitte für Notizen freilassen
<b>J. Beschwerden mit dem Darm, Stuhlgang und Stuhl</b> (Fortsetzung)				
98. Verstopfung nach Genuß von Wein .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
99. Ist der Stuhlgang nur mit Medikamenten möglich .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
100. Haben Sie öfter oder ständig Durchfall .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
wenn ja: mit <input type="radio"/> ; ohne <input type="radio"/> ; harte Einschlüße				
101. Ist der Stuhl geißenkotartig .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
102. Ist der Stuhl bleistift dick .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
103. Ist der Stuhl geformt .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
104. Haben Sie in letzter Zeit stark wechselnde Stühle (dünn-fest) .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
<b>Geben Sie bitte die Farbe des Stuhles an:</b> mittelgelb <input type="radio"/> ; braun <input type="radio"/> ; dunkel <input type="radio"/> ; schwarz <input type="radio"/> ; hellgelb <input type="radio"/> ; grau <input type="radio"/> ; weiß <input type="radio"/> ; lehmfarben <input type="radio"/> ; mit Blut vermischt <input type="radio"/>				
<b>Geruch des Stuhles:</b> unauffällig <input type="radio"/> ; penetrant <input type="radio"/> ; faulig <input type="radio"/>				
<b>K. Beschwerden mit den Nieren ,der Blase, den Harn- wegen oder dem Wasserlassen</b>				
105. Haben Sie Druck oder Schmerzen in der Nierengegend	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
106. Haben Sie Schmerzen in der Blase .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
107. Wie oft müssen Sie am Tag etwa Wasser lassen.....			mal	
108. Haben Sie Beschwerden im Zusammenhang mit dem Wasserlassen .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
<b>wenn ja:</b>				
109. Haben Sie Schwierigkeiten, das Wasserlassen zu beginnen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
110. Ist das Wasserlassen schmerzhaft .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
111. Ist das Wasserlassen erschwert .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
112. Haben Sie fortgesetzter Harndrang .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
113. Haben Sie unwillkürlichen Harnabgang (z.B. beim Niesen)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
114. Trotz großem Druck geht das Wasser nur tröpfchenweise	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
115. Müssen Sie nachts oft Wasser lassen .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
<b>Nur von Männer beantworten:</b>				
116. Ist der Urinstrahl dünn und schwach geworden .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
<b>Geben Sie bitte die Urinbeschaffenheit an:</b> farblos/wasserklar <input type="radio"/> ; dunkelgelb bis rötlich <input type="radio"/> ; trüb bis milchig <input type="radio"/> ; klebrig <input type="radio"/>				
<b>Geruch des Urins:</b> schwach <input type="radio"/> ; penetrant <input type="radio"/> ; geruchlos <input type="radio"/>				
<b>L. Beschwerden im Bereich der Geschlechtsorgane</b>				
<b>- Männer -</b>				
117. Haben Sie Absonderungen aus dem Glied .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
118. Ist der Hoden geschwollen oder verhärtet .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
119. Haben Sie Schwierigkeiten auf sexuellem Gebiet .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
<b>- Frauen -</b>				
120. Haben Sie Beschwerden oder Veränderungen im Bereich der Brüste (z.B. Knoten) .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
121. Haben Sie Unterleibsbeschwerden oder -schmerzen .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
122. Zeigt sich bei Ihnen Ausfluß .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
<b>wenn ja:</b> zeitweise <input type="radio"/> ; über längere Zeit <input type="radio"/> ; periodisch <input type="radio"/> ; ständig <input type="radio"/> ; dünn/hell <input type="radio"/> ; gelb/übelriechend <input type="radio"/>				
<b>M. Beschwerden mit der Haut</b>				
123. Haben Sie mit Hautjucken zu tun .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
<b>wenn ja:</b> zeitweise <input type="radio"/> ; periodisch <input type="radio"/> ; ständig <input type="radio"/> - Kopf <input type="radio"/> ; Oberkörper <input type="radio"/> ; Arme <input type="radio"/> ; Beine <input type="radio"/> ; Hände <input type="radio"/> ; Füße <input type="radio"/> ; Gesäß <input type="radio"/> ; After <input type="radio"/> ; Genitalbereich <input type="radio"/>				
124. Kratzen oder Reiben bringt Erleichterung .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
125. Kratzen oder Reiben verschlimmert .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		

Sonstige Fragen zu Ihrer Person	ja	nein	weiß nicht	Dieses Feld bitte für Notizen freilassen
<b>M. Beschwerden mit der Haut (Fortsetzung)</b>				
126. Haben Sie Hautausschlag .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<b>wenn ja:</b> zeitweise <input type="radio"/> ; periodisch <input type="radio"/> ; ständig <input type="radio"/> ; seit..... Kopf <input type="radio"/> ; Oberkörper <input type="radio"/> ; Arme <input type="radio"/> ; Beine <input type="radio"/> ; Hände <input type="radio"/> ; Füße <input type="radio"/> ; Gesäß <input type="radio"/> ; After <input type="radio"/> ; Genitalbereich <input type="radio"/>				
127. Heilen Hautwunden schlecht ab .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
128. Bekommen Sie in letzter Zeit leicht blaue Flecken .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
129. Haben Sie Probleme mit Akne .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
130. Haben Sie mit Hautgeschwüre zu tun .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
130.1. Haben Sie Warzen / Papilome .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
130.2. Haben Sie ein oder mehrere Muttermale .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<b>Beschaffenheit der Nägel:</b> brüchig <input type="radio"/> ; Rillen <input type="radio"/> ; Flecke (weiß) <input type="radio"/> ; dick <input type="radio"/> ; gerissen <input type="radio"/> Pilzbefall <input type="radio"/> ; werden abgekaut <input type="radio"/> ; Hände <input type="radio"/> ; Füße <input type="radio"/>				
<b>Haare:</b> zu dünn <input type="radio"/> ; zu fettig <input type="radio"/> ; spalten sich <input type="radio"/> gehen aus <input type="radio"/> ; kreisrunder Haarausfall <input type="radio"/>				
<b>III. Temperatur- / Raumpfinden</b>				
131. Frieren Sie leicht (scheuen Kälte) .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
132. Frösteln Sie leicht (scheuen Wind und Zugluft) .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
133. Haben Sie leicht und häufiger Schüttelfrost .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
134. Haben Sie periodische Hitzewallungen .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
135. Vertragen Sie direkte Sonnenbestrahlung gut .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
136. Vertragen Sie hochgeheizte Räume gut .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
137. Haben Sie ein Verlangen nach frischer Luft (Fenster nachts offen)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
138. Vertragen Sie Bettwärme gut .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
139. Fühlen Sie sich in engen Räumen gut .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
140. Vertragen Sie Autofahren gut .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
141. Werden Sie leicht Luft- oder Seekrank .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>IV. Schwitzen</b>				
142. schwitzen Sie: gar nicht <input type="radio"/> ; selten <input type="radio"/> ; oft <input type="radio"/> ; stark <input type="radio"/> ; schwach <input type="radio"/> ; bei Erregung <input type="radio"/> ; bei mäßiger Belastung <input type="radio"/> - nur bei starker Belastung <input type="radio"/> ; spontan (ohne Belastung) <input type="radio"/> bei Hitze <input type="radio"/> ; nur im Schlaf <input type="radio"/> ; nach warmem/kalten Trinken <input type="radio"/> ; bei verzögertem Essen <input type="radio"/> ; nach dem Essen <input type="radio"/>				
143. Der Schweiß ist kalt <input type="radio"/> ; warm <input type="radio"/> ; klebrig <input type="radio"/> ; die Wäsche färbend <input type="radio"/>				
144. Der Schweiß ist übelriechend .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<b>wenn ja:</b> faulig <input type="radio"/> ; sauer <input type="radio"/> ; nach Urin <input type="radio"/> ; süßlich <input type="radio"/>				
145. <b>Lokalisation:</b> allgemein <input type="radio"/> ; auf dem Kopf <input type="radio"/> ; auf der Stirn <input type="radio"/> ; Hals <input type="radio"/> ; Achselhöhlen <input type="radio"/> ; Rücken <input type="radio"/> ; Füße <input type="radio"/> ; Hände <input type="radio"/> ; vorwiegend am Stamm <input type="radio"/> ; vorwiegend am Kopf und Arme und Beine <input type="radio"/>				
146. <b>Zeiten:</b> am Nachmittag <input type="radio"/> ; nachts <input type="radio"/> morgens im Bett <input type="radio"/> ; vormittags <input type="radio"/> ; vor dem Mittagessen <input type="radio"/>				
<b>IV. Schwindel und Ohnmachtsanfälle</b>				
147. Haben Sie Schwindelanfälle .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<b>wenn ja:</b> jederzeit und in jeder Lage <input type="radio"/> ; im Stehen <input type="radio"/> ; im Liegen <input type="radio"/> beim Fahren <input type="radio"/> ; schon von kleiner Höhe <input type="radio"/> ; mit Übelkeit <input type="radio"/> ; ohne Übelkeit <input type="radio"/> ; plötzlich einsetzend <input type="radio"/> ; immer vor- handen <input type="radio"/>				
148. Haben Sie öfter Ohnmachtsgefühle .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
149. Haben Sie Ohnmachtsanfälle .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
150. Haben Sie Krampfanfälle .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
151. Beeinträchtigt enge Kleidung Ihr Befinden.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<b>wenn ja:</b> am Hals <input type="radio"/> ; am Bauch <input type="radio"/> ; überall <input type="radio"/>				

Sonstige Fragen zu Ihrer Person	ja	nein	weiß nicht	Dieses Feld bitte für Notizen freilassen
<b>V. Schlaf und Müdigkeit</b>				
152. Ist das Einschlafen erschwert oder unmöglich .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<b>wenn ja:</b> selten <input type="radio"/> ; häufig <input type="radio"/> ; immer <input type="radio"/>				
153. Durchschlafen unmöglich .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<b>wenn ja:</b> selten <input type="radio"/> ; häufig <input type="radio"/> ; immer <input type="radio"/>				
154. Erwachen gegen .....Uhr				
155. Ist Ihr Schlaf erfrischend/erquickend .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
156. Ist Ihr Schlafbedürfnis gesteigert .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
157. Verspüren Sie Schläfrigkeit nach dem Essen .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
158. Verspüren Sie fortgesetzte Müdigkeit mit Gliederschwere	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
159. Schnarchen Sie: beim Einschlafen <input type="radio"/> ; schlafen <input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
160. Sprechen Sie im Schlaf .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
161. Schlafwandeln Sie .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
162. Schrecken Sie im Schlaf hoch .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
163. Haben Sie einen unruhigen Schlaf .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<b>VI. Appetit, Nahrungsaufnahme, Ernährung</b>				
164. Ist Ihr Appetit: fehlend <input type="radio"/> ; vermindert <input type="radio"/> ; gesteigert <input type="radio"/> paradox, mit Verlangen nach.....;				
165. Essen bessert das Befinden .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
166. Essen verschlechtert das Befinden .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
167. Haben Sie neuerdings Abneigung gegen Fleisch und Wurst	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
167. Haben Sie Beschwerden nach dem Genuß fetter Speisen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
168. Haben Sie eine Abneigung gegenüber bestimmter Speisen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
169. Haben Sie eine Vorliebe gegenüber bestimmter Speisen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
170. Übelkeit, Brechreiz nach dem Essen .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
171. Haben Sie nach dem Essen Völlegefühl .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
172. Haben Sie nach dem Essen in der Regel Aufstoßen .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<b>Ernährung:</b>				
173. Essen Sie Süßigkeiten .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<b>wenn ja:</b> Bonbons <input type="radio"/> ; Schokolade <input type="radio"/> ; Zucker <input type="radio"/> ; Marmelade <input type="radio"/> ; Kuchen <input type="radio"/> ; Gebäck <input type="radio"/> ; Eis <input type="radio"/> ; sonstiges <input type="radio"/> selten <input type="radio"/> ; öfter <input type="radio"/> ; fast täglich <input type="radio"/> ; wenig <input type="radio"/> ; viel <input type="radio"/>				
174. Essen Sie Schweinefleisch .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
175. Wieviel mal in der Woche essen Sie durchschnittlich Fleisch			mal	
176. Wieviel mal in der Woche essen Sie durchschnittlich Wurst			mal	
177. Trinken Sie Bohnenkaffe (auch koffeinarmer).....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<b>wenn ja:</b> Wieviele Tassen durchschnittlich täglich				
178. Trinken Sie COCA COLA .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<b>wenn ja:</b> selten <input type="radio"/> ; öfter <input type="radio"/> ; fast täglich <input type="radio"/> ; wenig <input type="radio"/> ; viel <input type="radio"/>				
<b>Durst</b>				
179. Flüssigkeitsaufnahme tägl.: weniger als 1 ltr. <input type="radio"/> ; etwa 1,5 ltr. <input type="radio"/> ; etwa 2 ltr. <input type="radio"/> - 2-3 ltr. <input type="radio"/> ; mehr als 3 ltr. <input type="radio"/>				
180. Fehlt bei Ihnen der Durst gänzlich .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
181. Haben Sie Verlangen nach großen Mengen Flüssigkeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
182. Haben Sie Verlangen nach heißen <input type="radio"/> ; oder kalten <input type="radio"/> ; Getränken .....			<input type="radio"/>	
<b>VII. Sexualität</b> (nur wenn Sie die Fragen beantworten möchten!)				
183. Geschlechtstrieb: fehlend <input type="radio"/> ; vermindert <input type="radio"/> ; gesteigert <input type="radio"/> - paradox <input type="radio"/> ; normal <input type="radio"/> ; wechselhaft <input type="radio"/>				
184. Geschlechtsverkehr: niemals <input type="radio"/> ; selten <input type="radio"/> ; häufig <input type="radio"/> - sehr häufig <input type="radio"/>				
185. Potenz ist: fehlend <input type="radio"/> ; schwach <input type="radio"/> ; normal <input type="radio"/>				
186. Haben Sie Schwierigkeiten beim Geschlechtsverkehr	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<b>wenn ja:</b> Schmerzen <input type="radio"/> ; Ekelgefühl <input type="radio"/>				
<b>Männer:</b> Erektionsschwierigkeiten <input type="radio"/> ; frühzeitiger Erguß <input type="radio"/> ;				
187. Sind Sie homosexuell / .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	





**Welche Behandler, Krankenhäuser, Sanatorien oder Kuranstalten hatten Sie in den letzten 5 Jahren aufgesucht?**

Hier bitte nur Angaben machen, die noch nicht in der vorangegangenen Frage beantwortet wurden.

Name und Anschrift des Behandlers, der Klinik:	Behandlungszeit oder Aufenthalt		Diagnose	Behandlung
	Von:	bis:		

**Sonstige Angaben**