



natürlich in Balance

Naturheilpraxis  
Sabine Jung

## Der Anamnese Fragebogen – Hormone Männer

Ich bin geboren im Jahr \_\_\_\_\_ jetziges Alter \_\_\_\_\_ Gewicht \_\_\_\_\_ kg Größe \_\_\_\_\_ cm

Wegen welcher Beschwerden, Fragen, Probleme suchen Sie meinen Rat?

Bereiche im Fragebogen, die für Sie nicht zutreffen, einfach übergehen.

### Persönliche Geschichte

» Welche **Medikamente** müssen Sie öfter oder regelmäßig einnehmen? \_\_\_\_\_

» Wurde schon einmal wegen Ihrer Schilddrüse eine Diagnose gestellt? \_\_\_\_\_

(Bitte wenn möglich Kopie von Testbericht – ohne Namen – beilegen)

» Welche **Impfungen** haben Sie **im vergangenen Jahr** erhalten? (Grippe, Reiseschutz, Zecken, sonstiges?) \_\_\_\_\_

» Welche **Impfungen** haben Sie **davor** in den letzten 10 Jahren bekommen? \_\_\_\_\_

» Welche **Operation** hatten Sie in den letzten Jahren zu überstehen? \_\_\_\_\_

» Welche auffälligen Beschwerden gab es in der Zeit nach dem Eingriff? \_\_\_\_\_

» Welche Zahnbehandlungen hatten Sie in den vergangenen Jahren? \_\_\_\_\_

» Wie viele **Amalgam**-Füllungen haben Sie (ungefähr) noch im Mund? \_\_\_\_\_

» Wie viele **Antibiotika** – Behandlungen hatten Sie in der Vergangenheit? \_\_\_\_\_

» Welche Form der Entgiftung haben Sie durchgeführt? \_\_\_\_\_

Welche **Psychopharmaka** haben Sie bereits probiert? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

» Mit welchen **Krankheiten** haben Sie in den vergangenen Jahren zu kämpfen gehabt? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

» Wie empfinden Sie sich gegenüber **Infektionskrankheiten**? Als  anfällig  robust

» Gab es in Ihrem Leben eine **Krebsdiagnose**? In welchem Organ? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

» Welches Körperteil würden Sie als Ihre **persönliche Schwachstelle** bezeichnen? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

» Auffällige **Knochendichte**-Werte? \_\_\_\_\_

» **Autoimmunkrankheiten** ? \_\_\_\_\_

## Thema Hormone

» Welche Hormone werden z.Z. eingenommen? (seit wann?) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

» Welche Hormone wurden früher eingenommen? (von – bis / od. ca. wie lange?) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(Bitte auch an Insulin, Cortison, Schilddrüsenhormone usw. denken)

» Haben Sie jemals Muskelaufbau- oder Fitness-Präparate genommen? Welche? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Thema Umwelt

Benutzten Sie in den letzten 2 Jahren **oft**:

» Pilzsprays? (Pflanzen, Badezimmer, Schlafzimmer, Schwimmbad - Füße)? Wenn ja, welche?

\_\_\_\_\_

» Schädlingsvernichtungsmittel gegen Läuse, Ameisen oder andere Pflanzenschutzmittel? Welche?

\_\_\_\_\_

» **Desinfektionsmittel** (in Handseife, Spülseife, Waschlotionen, Reinigungsmitteln...) Welche?

\_\_\_\_\_

» Wohnen Sie in der Nähe von einem Funkmasten?  Ja  Nein

» Haben Sie in den vergangenen 2 Jahren neue Möbel oder Fußbodenbeläge erhalten? Welche Art?

\_\_\_\_\_

» Haben Sie im **Beruf** regelmäßig mit folgenden Desinfektionsmitteln/Ausdünstungen/Chemikalien zu tun:

- |   |                                     |  |  |
|---|-------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Reinigungsmittel | <input type="checkbox"/> Sprays     | <input type="checkbox"/> Lacke           | <input type="checkbox"/> Abbeize               |
| <input type="checkbox"/> Druckertinte     | <input type="checkbox"/> Folien     | <input type="checkbox"/> Plastik         | <input type="checkbox"/> Schädlingsvernichtung |
| <input type="checkbox"/> Verbrennung      | <input type="checkbox"/> Klebstoffe | <input type="checkbox"/> (Außen-) Farben | <input type="checkbox"/> Sonstiges _____       |

- » Verwenden Sie **Weichspüler**? \_\_\_\_\_
- » Welche **Hautcremes** benutzen Sie? \_\_\_\_\_
- » Welche **Gesichtsseife, Körperseife, Kosmetika** benutzen Sie? \_\_\_\_\_
- » Wie viele Zigaretten pro Tag rauchen Sie? \_\_\_\_\_
- » Welche Zahnpasta verwenden Sie? \_\_\_\_\_
- » Welches Deo verwenden Sie? \_\_\_\_\_
- » Wie oft gehen Sie monatlich ins Solarium \_\_\_\_\_ Schwimmbad \_\_\_\_\_ Sauna \_\_\_\_\_ Fitnesscenter \_\_\_\_\_

### Thema Pubertät und danach

- » Welche anderen Symptome hatten Sie als Teenager des Öfteren zu spüren bekommen?  
(z.B. Verdauungsbeschwerden, Akne, Asthma, andere Hautprobleme). \_\_\_\_\_

---

- » Was haben Sie damals dagegen unternommen? \_\_\_\_\_
- » Hatten Sie damals mit **Gewichtsproblemen** zu kämpfen?  Übergewicht  Untergewicht
- » Welche **Diäten** haben Sie versucht? \_\_\_\_\_

---

- » Gab es auffällige Symptome in Ihren Lebensjahren zwischen 20 – 30? \_\_\_\_\_

---

### Thema soziales Umfeld und Vergangenheit

- » Kamen Sie aus einem geborgenen Elternhaus? \_\_\_\_\_
- » Hatten Sie als junger Mensch unter vielen **Familienkonflikten** zu leiden? \_\_\_\_\_
- » Hatten Sie eine gute, vertrauensvolle **Mutterbeziehung**? \_\_\_\_\_
- » Hatten Sie eine gute, vertrauensvolle **Vaterbeziehung**? \_\_\_\_\_
- » Haben Sie zurzeit eine **Partnerbeziehung**? \_\_\_\_\_
- » Empfinden Sie diese als:  gut, vertrauensvoll  durchschnittlich  viele Konflikte  ausweglos  reinste Hölle
- » Würde Ihnen aus Ihrer Sicht eine **Konflikthilfe** gut tun? \_\_\_\_\_
- » Wie oft mussten Sie bisher durch die Erfahrung der **Partnerschaftstrennung**? \_\_\_\_\_
- » Hatten Sie in jüngster Zeit schreckliche Erfahrungen zu verarbeiten? \_\_\_\_\_
- » Haben Sie zu Hause die Möglichkeit sich zurückzuziehen? \_\_\_\_\_
- » Sind Sie Mitglied in einer Gruppe/Verein? \_\_\_\_\_
- » Auf wie viele Freunde, Menschen können Sie sich vermutlich in der Not verlassen? \_\_\_\_\_

## Thema Andropause, für Männer ab 45

- » Welche Veränderungen haben Sie in letzter Zeit festgestellt? \_\_\_\_\_
- » Wie alt waren Sie, als Sie erste Veränderungen feststellten? \_\_\_\_\_
- » Merken Sie Unterbrechungen oder eine „Bremse“ im Urinstrahl? \_\_\_\_\_
- » Wann waren Sie das letzte Mal bei einer Prostata-Vorsorgeuntersuchung? \_\_\_\_\_
- » Welches Ergebnis wurde festgestellt? \_\_\_\_\_
- » Haben Sie eine spürbar trockene Haut? \_\_\_\_\_ Wo besonders? \_\_\_\_\_
- » Ist Ihr Blutdruck im Allgemeinen eher zu hoch oder zu niedrig? \_\_\_\_\_
- » Wie hoch ist Ihr Cholesterinspiegel? \_\_\_\_\_

## Thema Ernährung

- » Was beinhaltet ihr typisches Frühstück? \_\_\_\_\_
- » Wie viele Tassen \_\_\_\_\_ / Liter \_\_\_\_\_ **trinken** Sie pro Tag?
- » Was und wieviel trinken Sie morgens? \_\_\_\_\_
- » Wieviel Liter Flüssigkeit trinken Sie über den Tag verteilt? \_\_\_\_\_ Liter, hauptsächlich \_\_\_\_\_
- » Wie viele Tassen Kaffee trinken Sie am Tag? \_\_\_\_\_
- » Wieviel \_\_\_\_\_ schwarzer Tee? (Tassen) \_\_\_\_\_ Cola/Limo(Liter) \_\_\_\_\_ Bier (Liter) \_\_\_\_\_ Wein (Liter)  
\_\_\_\_\_ Wasser (Liter) \_\_\_\_\_ Saft (Liter) \_\_\_\_\_ Kräutertee (Tassen) \_\_\_\_\_ Milch (Liter)  
Sonstiges: \_\_\_\_\_
- » Wann essen Sie mittags? \_\_\_\_\_ regelmäßig oder unregelmäßig? \_\_\_\_\_
- » Schnellimbiss \_\_\_\_\_ Selbst kochen \_\_\_\_\_ Kantine \_\_\_\_\_ Brote \_\_\_\_\_ Früchte \_\_\_\_\_ Salat \_\_\_\_\_
- » Haben Sie am Vormittag eine regelmäßige Zwischenmahlzeit und welche? \_\_\_\_\_
- » Ernähren Sie sich **vegetarisch**? \_\_\_\_\_ Wie oft pro Woche Fisch? \_\_\_\_\_ Wie oft Fleisch? \_\_\_\_\_ Ei? \_\_\_\_\_
- » Haben Sie am Vormittag eine regelmäßige Zwischenmahlzeit? Was? \_\_\_\_\_
- » Haben Sie des öfteren Heißhunger auf Süßes? \_\_\_\_\_
- » Welche zuckerhaltige Köstlichkeit essen Sie am liebsten? \_\_\_\_\_
- » Was essen Sie sonst am Nachmittag? \_\_\_\_\_
- » Ich esse mit:  großem Appetit  wenig Appetit  hastig  mit Genuss  dankbar
- » Was gehört zu Ihrem typischen **Abendessen**? \_\_\_\_\_
- » Wann essen Sie abends: ca. \_\_\_\_\_ Uhr
- » Was essen Sie zwischen Abendessen und dem Zubettgehen? \_\_\_\_\_
- » Wie viele Esslöffel kalt gepresstes **Öl** pro Tag gehört zu Ihrer täglichen Nahrung? \_\_\_\_\_ EL
- » Welche **Vitamine** ergänzen Sie pro Tag durch Tabletten? \_\_\_\_\_ Stück \_\_\_\_\_
- » Welche **Mineral –Tabletten** nehmen Sie pro Tag? \_\_\_\_\_ Stück \_\_\_\_\_
- » Welche sonstigen **Nahrungsergänzungen** nehmen Sie zu sich?  
 Knoblauch  Kürbisöl  Johanniskraut  Meeresalgen  Sonstiges \_\_\_\_\_

## Thema Belastung

- » Welche **berufliche Tätigkeit** haben Sie? \_\_\_\_\_ Schicht?  Ja  Nein
- » Üben Sie Ihren Beruf gerne aus? \_\_\_\_\_
- » Sind Sie z.Z. für die **Pflege** von Angehörigen verantwortlich? \_\_\_\_\_
- » Wie empfinden Sie Ihre momentane **seelische** Belastung? \_\_\_\_\_
- als angemessen  akzeptabel  zu wenig  zu viel  viel zuviel
- » Wie empfinden Sie Ihre momentane **körperliche** Belastung? \_\_\_\_\_
- als angemessen  akzeptabel  zu wenig  zu viel  viel zuviel
- » Wie empfinden Sie Ihre momentane **nervliche** Belastung? \_\_\_\_\_
- als angemessen  akzeptabel  zu wenig  zu viel  viel zuviel
- » Wie empfinden Sie Ihre momentane **berufliche** Belastung? \_\_\_\_\_
- als angemessen  akzeptabel  zu wenig  zu viel  viel zuviel
- » Haben Sie z.Z. **Sorgen**, um die sich Ihre Gedanken Tag und Nacht kreisen? \_\_\_\_\_
- » Welche Arten der **Entspannungsmöglichkeiten** nutzen Sie? \_\_\_\_\_
- wöchentlich \_\_\_\_\_ mal je ca. \_\_\_\_\_ Minuten
- » Welche Art von **Fitness** oder **Bewegung** praktizieren Sie regelmäßig? \_\_\_\_\_
- Wie oft in der Woche? \_\_\_\_\_ mal Wie lange? je \_\_\_\_\_ Minuten
- » Wie oft in der Woche gönnen Sie sich einen **Mittagsschlaf**? \_\_\_\_\_ mal
- » Mit was machen Sie sich hin und wieder eine **Freude**? \_\_\_\_\_
- » Wann ist Ihre durchschnittliche **Bettgezeit**? \_\_\_\_\_ Uhr
- » Können Sie gut **einschlafen**?  Ja  Nein Durchschlafen?  Ja  Nein
- » Wie viele Stunden schlafen Sie durchschnittlich pro Nacht? \_\_\_\_\_ Stunden
- » Wann wachen Sie an Werktagen nachts auf? ca. \_\_\_\_\_ Uhr
- » Stehen Sie zur Zeit gerne auf?  Ja  Naja  Nein
- » Welche ehrenamtlichen Tätigkeiten haben Sie? \_\_\_\_\_
- » Was würden Sie aus Ihrem Leben herausnehmen / ändern wenn Sie könnten? \_\_\_\_\_
- » Was kommt in Ihrem Leben generell zu kurz? \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- » In welchem Bereich (Ernährung, Entspannung, Schlaf, Freude usw.) wäre Ihrer Meinung nach im eigenen Leben Änderung zu allererst nötig?
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- » Was ich sonst noch sagen wollte: \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

Meine Symptomübersicht	Intensität		
	leicht	mittel	stark
1. Kopfschmerz, Migräne			
2. Schwindelgefühle			
3. dunkle Ringe um die Augen			
4. Bindehautentzündung			
5. Lichtempfindlichkeit			
6. Nebenhöhlenentzündungen			
7. Tinnitus, Ohrensausen			
8. Zahnfleischbluten			
9. weiße Bläschen im Mund (Aphten)			
10. Herpes			
11. Halskratzen, -entzündungen			
12. einzelne Pickel			
13. Furunkel			
14. Heißhunger auf Süßes			
15. Atemnot, Asthma, Kurzatmigkeit			
16. Reizhusten			
17. Herzrasen			
18. Herzstechen			
19. Herzrhythmusstörungen			
20. Kreislaufbeschwerden			
21. starkes Schwitzen			
22. Übelkeit, Brechreiz			
23. Magenschmerzen			
24. häufiges Aufstoßen			
25. Appetitlosigkeit			
26. verminderte Alkoholverträglichkeit			
27. Heißhunger nach Salzigem			
28. Heißhunger auf Süßes			
29. Heißhungerattacken generell			
30. Sodbrennen			
31. Verstopfung			
32. Durchfall			
33. Schmerzen beim Stuhlgang			
34. Blasenschmerzen			
35. Nierenschmerzen			
36. Blähungen			
37. nachlassende Freude an Sex			
38. Rückenziehen, Rückenschmerzen			
39. Gelenkschmerzen in			
40. Krämpfe in Armen oder Beinen			
41. Verspannungen in.....			
42. Schwellung von.....			
43. Kribbeln u. Taubheitsgefühl in			
44. Zittern der Hände			
45. Fußpilz			
46. Depressionen			
47. Launen, Überreaktionen			
48. Vergesslichkeit			
49. Ängste			
50. Panikgefühle			
51. lähmende Müdigkeit			
52. Schwäche			
53. unerklärliche Gewichtszunahme			
54. unerklärliche Gewichtsabnahme			
55. trockenes Haar			
56. Haarausfall			
57. häufiges Frieren			
58. Bluthochdruck			
59. Blutdruck zu niedrig			
60. Schlafprobleme			
61. Prostatabeschwerden			
62. Schwierigkeiten beim Wasserlassen			

Bitte markieren Sie jeweils mit 1 – 3 Kreuzchen in die jeweiligen Spalten, wie oft sie von dem Symptom betroffen sind.  
(X = hin und wieder, XX = öfter, regelmäßig in Phasen; XXX = sehr häufiges, wesentliches Problem)