

Bitte nur die zutreffenden Antworten ankreuzen.

Hormonelle Regulation

- Ich muss(te) regelmäßig Wasser lassen.
- Ich habe/hatte einen niedrigen Blutdruck.
- Ich habe/hatte regelmäßig ein Völlegefühl nach den Mahlzeiten.
- Ich habe/hatte regelmäßig Probleme durch Magensäure.
- Ich habe/hatte Probleme mit Blähungen nach den Mahlzeiten.
- Ich habe/hatte Appetit zwischen den Mahlzeiten.
- Ich habe/hatte Probleme mit Körperbehaarung.
- Ich habe/hatte Probleme mit trockenen Augen, trockener Nase oder trockener Vagina.

Charakter

- Ich bin ein Perfektionist.
- Ich pflege gerne Umgang mit Menschen.
- Ich spüre, ob ich jemandem trauen kann.
- Ich halte ein sauberes Haus für wichtig.
- Ich habe ein Auge fürs Detail.
- Farben müssen perfekt aufeinander abgestimmt sein.
- Es bereitet mir keine Mühe, Farben aufeinander abzustimmen.
- Ich bin ungeduldig hinsichtlich geschäftlicher Vorgänge.
- In meiner schulischen Laufbahn hatte ich eine Periode mit schlechten Zensuren.
- Ich habe mindestens zwei begonnene Lehrgänge nicht beendet.
- Ich bin ziemlich zwangsläufig.

Gelenkprobleme

- Früher mochte ich keine Gymnastik.
- An einer Reckstange, Ringen etc. kann ich mich nicht oder kaum hochziehen. Ich hatte Mühe an einem Seil hochzuklettern.
- Ich habe/hatte regelmäßig Schmerzen in den Knien:
 - hauptsächlich links
 - hauptsächlich rechts
- Ich bin/war sehr gelenkig/hypermobil.
- Ich habe/hatte einen Bandscheibenvorfall.
- Ich habe/hatte Überdehnungen an den Kiefergelenken.
- Ich habe/hatte Beckeninstabilität.
- Ich habe/hatte Probleme am unteren Rücken während der Menstruation.
- Ich habe Turnen, Ballet oder Jazzballett ausgeübt.
- Ich habe/hatte regelmäßig Ohrensausen.
- Mir ist/war schwindelig.

Sonnenlichtempfindlichkeit

- Ich kann/konnte schlecht Wärme ab.
- Bei Sonne trage ich fast immer eine Sonnenbrille.
- Ich bin/war sonnenempfindlich.
- In der Sonne bekomme ich nach ein paar Tagen fast immer Ausschlag (Pusteln).
- Ich werde jetzt viel weniger braun als früher.
- Ich werde immer gelb- oder goldbraun, nicht intensiv oder tiefbraun.
- Mein Gesicht bleibt immer von hellerer Farbe.
- Ich bin/war oft blass.
- Ich verliere meine Bräune recht schnell.
- Striae – Schwangerschaftsstreifen – werden brauner als das umgebende Gewebe.

Allergien

- Ich leide/litt unter Heuschnupfen (kratzende Augen, laufende oder verstopfte Nase) im Sommer.
- Ich habe Probleme mit Hausstaub, Milben, kratzenden Augen, laufender oder verstopfter Nase im Winter.
- Ich habe/hatte chronische HNO-Beschwerden (Hals, Nase und Ohren).
- Ich habe/hatte Luftwegsbeschwerden (Asthma, Luftmangel, Bronchitis).
- Ich habe/hatte eine Nahrungsmittelallergie.
- Ich habe/hatte eine Tierallergie.
- Ich bin/war empfindlich gegen Histamin (Hyperreaktivität).
- Ich habe/hatte regelmäßig Ekzeme oder Neurodermitis in den Achselhöhlen.
- Ich habe/hatte ein prickelndes Gefühl im Mund nach dem Genuss von:
 - Nüssen Kiwi Ananas Melone

 - Steinobst (Pflaume, Pfirsich, Aprikose) Äpfeln
- Ich habe/hatte Hautprobleme nach dem Gebrauch bestimmter Kosmetika.
- Ich habe/hatte eine Nickelallergie oder bekomme Ausschlag von gewissen Schmuckstücken.
- Ich bin/war allergisch gegen Wolle.
- Ich bin/war glutenempfindlich, ich vertrage keinen Weizen, Roggen, Gerste oder Hafer.
- Ich vertrage Alkohol schlecht.
- Ich vertrage keinen Kaffee.
- Ich vertrage/vertrug schlecht Kohlenhydrate (Stärke, Zucker).
- Ich vertrage/vertrug schlecht Eiweiß (Fleisch).

Histamin-Empfindlichkeit

- Ich bin/war oft müde.
- Ich habe/hatte eine unreine Haut, ich habe Hautprobleme.
- Ich habe/hatte Juckreiz.
- Ich habe/hatte oft kalte Hände und/oder Füße.
- Ich habe/hatte Winterhände oder Winterfüße (Risse an den Händen oder Füßen bei Kälte).
- Ich bekomme/bekam schnell blaue Flecken an Armen oder Beinen.
- Ich habe/hatte oft Kopfschmerzen oder Migräne.
- Nach Alkoholgenuss bekomme ich eine auffallende Röte im Gesicht und Halsbereich.
- Ich habe ein mäßiges bis schlechtes Gebiss (mehr als sieben Füllungen).
- Wenn ich zunehme, setzt es hauptsächlich auf den Hüften und Oberschenkeln an.
- Ich war depressiv.
- Ich habe/hatte regelmäßig unruhiges Herzklopfen.
- Ich bin sehr kritisch.

Menstruationsbeschwerden

- Ich habe/hatte eine unregelmäßige Menstruation.
- Meine Menstruation ist mal ausgeblieben (länger als 8 Wochen).
- Ich habe/hatte wenig Blutverlust während der Menstruation.
- Ich habe/hatte viel Blutverlust während der Menstruation.
- Ich nehme/nahm die Pille gegen Menstruationsbeschwerden.
- Ich habe/hatte geschwollene Brüste, einen aufgeblähten Bauch, Bauchschmerzen etc. während der Menstruation.
- Ich habe/hatte eine Gewichtszunahme von mehr als 1 Kilogramm im Zusammenhang mit der Menstruation.
- Ich habe/hatte regelmäßig vaginale Candida-Infektionen (Ausfluss, weiße Ausscheidungen).
- Ich habe/hatte besonders viel Ausscheidungen (klar) während des Eisprungs.
- Ich habe/hatte regelmäßig eine Blasenentzündung.

- Ich habe/hatte regelmäßig eine Harnwegsinfektion oder Nierenbeckenentzündung.
- Ich habe/hatte Probleme mit Knubbeln oder Zysten in meinen Brüsten (Brust).
- Ich habe/hatte übermäßige Körperbehaarung.
- Ich benutze als Verhütung:
 - Injektion Implantat Spirale mit Kupfer
 - Spirale mit Hormonabgabe Antibabypille
 - nichts / andere

Schwangerschaftsprobleme

- Während einer der Schwangerschaften war mir mindestens 15 Wochen übel und/oder musste ich mich übergeben.
- Am Ende der Schwangerschaften hatte ich Probleme mit Magensäure.
- Ich habe während der Schwangerschaften Krampfanfälle (Pre- Eclampsia) gehabt.
- Während der Schwangerschaft hatte ich Ausfallerscheinungen, Missempfindungen oder andere neurologische Beschwerden.
- Während der Schwangerschaft fühlte ich mich wohler.
- Ich habe eine Schwangerschaftsvergiftung gehabt.
- Ich hatte Schwangerschaftszucker.
- Ich hatte zu hohen Blutdruck während der Schwangerschaft.
- Ich hatte während der Schwangerschaft Blutarmut.
- Nach einer Schwangerschaft hatte ich depressive Beschwerden.
- Nach einer Schwangerschaft habe ich stark zugenommen (mehr als 5 kg).
- Die meisten Babys wurden vor dem ausgerechneten Termin geboren.
- Ich hatte während der Schwangerschaft Probleme mit den Bändern.
- Ich hatte während der Schwangerschaft und danach Beckeninstabilität.
- Ich habe (*Anzahl ausfüllen*) Fehlgeburten erlitten.
- Ich habe (*Anzahl ausfüllen*) Söhne.
- Ich habe (*Anzahl ausfüllen*) Töchter.
- Ich habe (*Anzahl ausfüllen*) Brüder.
- Ich habe (*Anzahl ausfüllen*) Schwestern.
- Ich hatte eine Bauchhöhlen-Schwangerschaft.
- Ich habe das Polycysteus Ovarium Syndrom.
- Ich hatte einen abweichenden Abstrich (PAP II, PAP IIa, PAP IIIb, oder PAP IV).
- Nach einer Schwangerschaft hatte ich lange Flüssigkeits-absonderungen aus den Brüsten.
- Ich habe eine trockene Vagina.
- Während der Schwangerschaft hatte ich auf dem Rücken eine sehr unreine Haut und/oder Akne.
- Ein Kinderwunsch ist länger als vier Monate ausgeblieben.
- Autismus oder MBD kommt in der direkten Verwandtschaft (Bruder/Schwester/Kind) vor.

Gewichtsprobleme

- Mein Gewicht beträgt (*Lücke ausfüllen*) Kilogramm.
- Meine Körpergröße beträgt (*Lücke ausfüllen*) Zentimeter.
- Ich habe an Gewicht zugenommen.
- Seit der Geburt – ich war als Kind schon dick.
- Ungefähr ab dem zehnten Lebensjahr, beim Entwickeln der sekundären Geschlechtsmerkmale.
- Ab 1 bis 2 Jahre nach der Menstruation.
- Ab der zweiten oder dritten Schwangerschaft.
- Ab den Wechseljahren.
- Es ist sehr schwer für mich, mit einer Diät abzunehmen.
- Nach Beendigung einer Diät hat mein Gewicht nach kurzer Zeit wieder zugenommen.

Zuckerprobleme

- Ich fühl(t)e mich fast immer angespannt.
- Wenn ich angespannt bin, fange ich an zu essen.
- Ich habe/hatte eine übertriebene Esslust werde aber nicht dick.
- Ich habe/hatte Appetit zwischen den Mahlzeiten.
- Ich fange/finde an zu zittern, mir wird/wurde übel oder schwindelig, wenn ich Hunger habe/hatte.
- Ich bin/war schnell angespannt, irritiert oder nervös kurz vor der warmen Mahlzeit.
- Müdigkeit nimmt/nahm ab durchs Essen.
- Wenn ich jetzt eine Mahlzeit überschlage, fange ich an zu zittern, werde kreidebleich, mir wird schwindelig oder ich fühle, wie der Boden unter den Füßen nachgibt.
- Ich werde/wurde nachts um ca. drei Uhr wach.
- Ich kann/konnte manchmal ziemlich aggressiv sein.

Allgemeine gesundheitliche Beschwerden

- Ich habe/hatte Blutarmut.
- Ich bin/war oft blass im Gesicht.
- Ich habe abnormal auf Medikamente reagiert, nämlich:
- Ich habe abnormal auf die Antibabypille reagiert.
- Ich habe abnormal reagiert auf Schlafmittel (Barbiturate).
- Ich bin/war Vegetarier (länger als 6 Monate).
- Als Kind war ich sehr aufgedreht oder aufgeregt.
- Ich habe/hatte regelmäßig Durchfall oder breiartigen Stuhlgang.
- Ich habe/hatte regelmäßig Verstopfung.
- Der Stuhl ist/war regelmäßig von heller Farbe.
- Ich leide/litt unter Bauchschmerzen im oberen Bereich.
- Ich leide/litt unter einem gereizten oder spastischen Darm.
- Ich leide/litt unter Morgenübelkeit.
- Ich habe/hatte eine Candida(Schimmelpilz)-Infektion im Darm.
- Ich habe Kalknägel/Schimmelnägel.
- Ich habe sehr häufig Antibiotika genommen.
- Ich hatte einige Male Lungenentzündung.
- Ich hatte eine Hirnhautentzündung.
- Ich hatte Bronchitis in meinem Leben.
- Ich hatte Pfeiffersches Drüsenfieber.
- Ich habe eine sichtbar vergrößerte Schilddrüse (eine Verdickung am Hals).
- Ich habe/hatte rastlose Beine (restless legs).
- Ich habe/hatte Schlafstörungen.
- Ich bekomme/bekam regelmäßig Krämpfe.
- Ich bin/war schmerzempfindlich.
- Ich sehe/sah manchmal doppelt.
- Meine Augen zittern/zitterten regelmäßig.
- Meine Waden sind/waren immer stramm oder angespannt.
- Meine Muskeln können manchmal zittern.
- Ich leide/litt unter einem abweichenden Körpergeruch.
- Ich habe/hatte oft weiße Stellen auf den Nägeln.
- Ich leide/litt unter schlechtem Atem.
- Ich bin/war oft erkältet.
- Ich habe/hatte eine trockene Haut.
- Meine Mutter ist/war ziemlich dominant.
- Wenn ich bei jemandem im Auto mitfahre, habe ich den Eindruck, dass die anderen Autos auf mich zukommen.
- Wenn ich bei jemandem im Auto mitfahre, habe ich den Eindruck, dass der Fahrer zu wenig Abstand hält.