Neurostress Anamnese

<https://naturheilzentrum-breidenbach.de/neurostress/>

Liebe Patienten, **Datum:**

**wir** brauchen **Ihre** Mitarbeit!
Füllen Sie bitte diesen Fragebogen aus und mailen Sie uns die Word.doc Datei rechtzeitig (1-2 Wochen vor ihrem Termin) zurück. Bitte nicht als PDF, sondern als Word-Datei zurückmailen.

Dies ist bereits für Sie eine wichtige Grundlage ihrer späteren Therapie.
Es geht mir nicht darum, Sie in eine „Psycho-Schublade“ zu stecken, sondern darum, optimale Voraussetzungen für Ihre Therapie zu schaffen.

Bitte planen Sie ca. 2 Stunden Zeit zum Ausfüllen für diesen ersten wichtigen Schritt in Richtung ihrer Gesundheit ein!

Zur Komplettierung der Neurostress Anamnese empfehle ich Ihnen mein **Neurostress Profil** (6 Botenstoffe, 5er Hormon-Tagesprofil), als optimale Ergänzung für Ihre Therapie. **Daraus ergeben sich gute Lösungen.**

**Wie fülle ich den Bogen aus?**Bitte tragen Sie Ihre Antworten **farbig** oder **gemarkert** ein. Bei vorgefertigten Antwortmöglichkeiten färben bzw. markieren Sie Zutreffendes, sodass die Auswertung übersichtlich wird.

**Wie deutet man die Neurostress Anamnese?**

Zuerst einmal: Ein Fragebogenergebnis allein ist kein Grund zur Panik, wenn es allerdings mit ihrem Gefühl, dass in Ihrem Leben etwas nicht in der Balance ist, dann sollten Sie besser überlegen, was in Ihrem Leben los ist und wie dem Abhilfe zu schaffen wäre. Unsere innovative Neurostress Therapie mit gezielten Aminosäuren und Hochdosis-Vitalstoffen hilft hervorragend auch ohne Chemikalien und Nebenwirkungen.
Natürlich können und sollten Sie den Heilungsprozess beschleunigen, indem Sie mit professioneller Hilfe lernen, Ihre seelischen und mentalen Kräfte gezielt zu nutzen. Stichwort: NLP, Systemaufstellungsarbeit nach Hellinger u.v.m.
Ein angepasstes Bewegungs- Ernährungs- und Entspannungspensum ist eine absolute Notwendigkeit

**Was ich von Ihnen erwarte:**
- volle Mitarbeit (Compliance)
-, dass Sie sich bitte alle 3-4 Monate zu Laborkontrollen einfinden. Bitte 4 Wochen vorher anmelden!
-, dass Sie sich unklare Fragen von mir beantworten lassen.
-, dass Sie die Medikamente regelmäßig und eher länger als kürzer einnehmen. Mit einer Packung ist noch niemand gesund geworden. Im Zweifelsfall bitte nachfragen!
- mit uns eine so enge Kommunikation wie nötig betreiben.
- kein Ärzte-Behandler-Hopping praktizieren, sondern dass Sie treu und ausdauernd sind.
- auch gerne mal Erfolgsmeldungen durchgeben!

Dafür begleite ich Sie mit vollem Engagement und jahrzehntelanger Erfahrung.

Ihre

**Hansa Susanne Breidenbach**

**Allgemeine Daten**

Name, Vorname:
Kontakt Email:
Alter:
Beruf: Größe: Gewicht: Blutdruck:

**Welches sind die 3 wichtigsten Symptome unter denen Sie am meisten leiden
und was ist der Grund für Ihre Konsultation bei mir?**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Symptome: (der Wichtigkeit nach geordnet) | Seit wann? | Note |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |

Benoten Sie sie bitte mit der Schulnotenskala von 1= leicht bis 6= kaum auszuhalten

**Mit welcher Diagnose sind sie diesbezüglich bisher behandelt worden? Markieren Sie Zutreffendes mit einem X in der Spalte „Zutreffend?“.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Symptom** | **Zutreffend?** |  | **Symptom** | **Zutreffend?** |
| Beruflicher Stress | Vereinzelnd |  | Muskelschwäche |  |
| Dauernd |  | Kopfschmerz |  |
| Privater Stress | Vereinzelnd |  | Ängste |  |
| Dauernd |  | Fibromyalgie |  |
| Burn-Out |  | Muskelschmerzen |  |
| Müdigkeit |  | Fehlende Motivation  |  |
| Erschöpfung |  | Psychose |  |
| Familiäre Belastung |  |  |  |
| Depressionen |  |  |  |
| Schlafstörungen |  |  |  |
| Gedächtnisstörungen |  |  |  |
| Vergesslichkeit |  |  |  |
| Konzentrationsschwäche |  |  |  |
| Hungerattacken |  |  |  |
| Esssucht |  |  |  |
| Reizdarm |  |  |  |
| Tinnitus |  |  |  |
| Hyperaktivität |  |  |  |
| Nervosität |  |  |  |
| Panikattacken |  |  |  |
| Migräne |  |  |  |

**Bei welchen/wie vielen Ärzten/Therapeuten waren Sie deshalb bereits?**

**Haben Sie sich eine Theorie gebildet, woran es liegen könnte, und wenn ja, welche?**

**Wie viel Alkohol trinken Sie durchschnittlich und wie oft?**

**Wie ernähren Sie sich?**

**Wie hoch ist Ihre tägliche Proteinzufuhr pro Mahlzeit und pro Tag?
Bitte etwa eine Woche lang checken.** Eine Küchenwaage und diese [Nährwerttabelle](http://www.diaetrechner.de/) brauchen Sie dazu (<http://www.diaetrechner.de>):

**Welche Medikamente / sonstigen Mittel nehmen Sie täglich ein?**

**Welches Relax Pensum gönnen Sie sich täglich / wöchentlich?**

**Haben Sie psychisch belastende Dauerkonflikte? Wenn ja, welche?**

**Ihr Ziel positiv formuliert: Woran werden Sie merken/spüren, wenn Sie geheilt sind?
Wie würde sich das im Alltag zeigen? Beschreiben Sie bitte Ihre mögliche Zukunft!**

**Zusammenfassung der Testergebnisse:**
Übertragen Sie bitte die auf den folgenden Seiten gewonnenen Ergebnisse in diese Übersicht:

**Seite 6:**

[**Pfeiffer-Drüsenfieber:**](#Epstein) PDF gehabt: Nein Ja, in welchem Alter? Eventuell:

[**EBV**](#Epstein): (Epstein Barr Virus): Auf Antikörper untersucht: Ja / Nein Positiv: Ja / Nein

[**Infektion**](#Epstein): Hatten Sie Candida Pilze? Herpes? Gürtelrose? Streptokokken?
Borreliose? Chlamydien? Welche anderen Erreger?
geschwollene Lymphknoten? Wo? Gefühl von Erkältung / Entzündung?

[**Tonsillitis**](#Epstein): (Mandelentzündung): Wie oft? Mandeln (wann) entfernt?
 Blinddarm (wann) entfernt?

[**Amalgam**](#Zähne): Wie viele Amalgamfüllungen haben Sie? Es wurden = alle entfernt?
Amalgamentfernung mit sorgfältiger Quecksilber-Entgiftung: Ohne sorgfältige Entgiftung:

[**Devitale Zähne**](#Zähne): Haben Sie wurzelbehandelte = devitale = tote Zähne? Wie viele? Welche?

[**Zysten/Restostitis**](#Zähne): Wurden Zähne gezogen? Wie viele Weisheitszähne wurden entfernt?

**Seite 7:**

[**Aktivitätsniveau**](#Aktivitätsniveau): 0\_\_1\_\_2\_\_3\_\_4\_\_5\_\_6\_\_7\_\_7,5\_\_8\_\_8,5\_\_9\_\_9,5\_\_10

**Seite 8-9:**
[**Stressoren**](#Stressoren): Anzahl der Kategorien: (0-26) Gesamtpunkte: (0-156)

**Seite 10-11:**
[**Stressverstärker**](#Stressverstärkende)**:**  Kategorien: häufig: ab & zu: nie: (Gesamt-Summe muss 31 sein, da Sie alle einordnen sollen)

[**Schlaf**](#Schlafgewohnheiten): wie viele Stunden? Fühlen Sie sich ausgeruht: Schlaflaboruntersuchung durchgeführt worden?

**Seite 12-14:**
[**CFS-Kriterien sind alle erfüllt**](#CFS)**:** Ja: Nein

**Seite 15:**
[**CFS-Schweregradskala**](#Schweregradskala): CFS krank in %: 10\_\_20\_\_30\_\_40\_\_50\_\_60\_\_70\_\_80\_\_90\_\_100 % krank

**Seite 16:**
[**CFS oder DEPRI**](#CFSoderDepression): Wie oft haben Sie die Fragen mit Ja beantwortet?
 CFS: Depression:

**Seite 17:**
[**DEPRESSION**](#Depressionen): 0\_1\_2\_3\_4\_5\_6\_7\_8\_9\_10\_11\_12\_13\_14\_15­\_16\_17­­\_18­\_19\_20
 leichtschwer
 **Seite 18:**[**BECK DEPRESSIONS-INVENTAR**](#Beck): tgl: oft: selten: nie:
 **Seite 19-23:**[**MSF-Gleichgewicht**](#MSF): Wie viele negative: positive: Gedanken / Emotionen haben Sie?

**Seite 24-25:**
[**Generalisierte Angsterkrankung**](#Angststörung): 0\_\_5\_\_10\_\_15\_\_20\_\_25\_\_30\_\_35 (0-35 )

[**Angstsyndrom**](#Angst): 0\_\_1\_\_2\_\_3\_\_4\_\_5\_\_6\_\_7\_\_8\_\_9\_\_10\_\_11\_\_12 (0-12)

**Seite 26-32:**
[**Burnout-Inventar**](#Burnout): Ich bin in: (0-10) Kategorien in der Burnout Kategorie **Seite 33-35:**
[**Stoffwechseltypen**](#Stoffwechseltypen)**:**
Histaminarm (-penie): (0-24),
Histaminüberschuss (-delie): (0-24),
Kryptopyrrolurie (KPU / HPU): (0-37),
Hypoglykämie (Unterzuckerung): (0-37)

**Seite 36-37:**[**Schilddrüsenfunktion**](#Hypothyreose)**:** angekreuzt habe ich: (0- 68 Fragen)
Meine Temperatur ist an 5 Tagen: (Normal: 36,6 - 36,8 Grad)

Meine SD Laborwerte waren:

**Seite 38-39:**
[**Konstitutionstypen Analyse**](#Konstitution)37 Fragen: Sympathikoton (……..) Vagoton (……..)

**Tipp:**

Drucken Sie sich die Zusammenfassung (die Seiten 4 & 5) aus und legen Sie sich diese zum Ausfüllen am PC neben sich. Tragen Sie zunächst alle Ergebnisse, welche in die Zusammenfassung sollen, auf Papier ein und übertragen diese erst am Ende in die Word Datei am PC, dann brauchen Sie nicht durch das Dokument springen.

**Epstein-Barr-Virus und Pfeiffer‘Drüsenfieber (PDF), Infekte, Mandelentzündung:**https://naturheilzentrum-breidenbach.de/epstein-barr-virus-ebv/

1) Haben Sie bewusst PDF gehabt: Nein / Ja ggf. in welchem Alter?

2) Hatten Sie früher einen länger dauernden Rachen-Infekt mit Fieber, der auf Antibiotika nicht richtig ansprach? -> Eventuell EBV!

3) Wurden Antikörper gegen Epstein Barr Virus gecheckt?
Wenn ja: positiv oder negativ?

4) Wann hatten Sie [Herpes](http://www.naturheilpraxis-hollmann.de/Herpes.htm)? [Gürtelrose](http://www.naturheilpraxis-hollmann.de/Varizella.htm)? [Chlamydien](http://www.naturheilpraxis-hollmann.de/Chlamydien.htm)? [Streptokokken](http://www.naturheilpraxis-hollmann.de/Tonsillitis.htm)? [Borreliose](http://www.naturheilpraxis-hollmann.de/Borreliose.htm)? Andere Erregernachweise?

5) Wie oft hatten Sie in Ihrem Leben [Tonsillitis](http://www.naturheilpraxis-hollmann.de/Tonsillitis.htm) (Mandelentzündung)?

6) Wurden Ihre Mandeln entfernt?

Übertragen Sie bitte die Ergebnisse auf Seite 4-5 in die [**Zusammenfassung**](#Zusammenfassung)

**Zähne / Kiefer / Amalgam als Störfeld:**https://naturheilzentrum-breidenbach.de/zahnherde/

1) Haben Sie noch [Amalgamfüllungen](http://www.naturheilpraxis-hollmann.de/Amalgam.htm)? Wurden alle Amalgamfüllungen entfernt?

2) War die Amalgamentfernung mit sorgfältiger Quecksilber-Entgiftung oder ohne sorgfältige Entgiftung?

3) Haben Sie andere Metalle im Mund? Wenn ja, welche?

4) Haben Sie wurzelbehandelte = devitale = tote Zähne? Wie viele?

5) Sind alle Weisheitszähne vorhanden? Sind noch welche im Kiefer?

6) Wie viele Zähne wurden gezogen (z.B. Weisheitszähne)?

7) Wann ist zuletzt eine sog. Panorama Röntgen-Aufnahme gemacht worden?

Übertragen Sie bitte die Ergebnisse auf Seite 4-5 in die [**Zusammenfassung**](#Zusammenfassung)

**Aktivitätsniveau**

Welches Bewegungspensum absolvieren Sie? Bitte farbig markieren.

0) Keine Freizeitsportaktivitäten oder schwere körperliche Tätigkeit. Weitgehende Vermeidung physischer Anstrengung; verwenden Sie z.B. den Aufzug statt der Treppe oder das Auto statt dem Fahrrad.

1) Keine regelmäßigen Freizeitsportaktivitäten oder schwere körperliche Tätigkeit, jedoch gelegentliche Spaziergänge, Treppensteigen und ausreichend Bewegung, um ab und zu ins Schwitzen oder außer Puste zukommen.

2) Regelmäßige (10-60 min pro Woche) leichte körperliche Aktivität, z.B. Golf, Reiten, Calisthenics, Gymnastik, Tischtennis, Kegeln, Hanteltraining oder Gartenarbeit.

3) Regelmäßige (mehr als 1 Std. pro Woche) leichte körperliche Aktivität, z.B. Golf, Reiten, Calisthenics, Gymnastik, Tischtennis, Kegeln, Hanteltraining oder Gartenarbeit.

4) Regelmäßiges anstrengendes Training, z.B. Laufen, Jogging, Schwimmen, Radfahren, Rudern, Seilspringen, Laufbandtraining oder aerobische Sportarten wie Tennis, Basketball oder Handball. Laufen Sie wöchentlich bis zu 1,5 km oder üben Sie bis zu 30 min pro Woche eine vergleichbare körperliche Tätigkeit aus.

5) Regelmäßiges anstrengendes Training, z.B. Laufen, Jogging, Schwimmen, Radfahren, Rudern, Seilspringen, Laufbandtraining oder aerobische Sportarten wie Tennis, Basketball oder Handball. Laufen Sie wöchentlich ca. 1,5-7 km oder üben Sie 30 - 60 min pro Woche eine vergleichbare körperliche Tätigkeit aus.

6) Regelmäßiges anstrengendes Training, z.B. Laufen, Jogging, Schwimmen, Radfahren, Rudern, Seilspringen, Laufbandtraining oder aerobische Sportarten wie Tennis, Basketball oder Handball. Laufen Sie wöchentlich ca. 7 -15 km oder üben Sie 1 -3 h pro Woche eine vergleichbare körperliche Tätigkeit aus.

7) Regelmäßiges anstrengendes Training, z.B. Laufen, Jogging, Schwimmen, Radfahren, Rudern, Seilspringen, Laufbandtraining oder aerobische Sportarten wie Tennis, Basketball oder Handball. Laufen Sie wöchentlich mehr als 15 km oder üben Sie mehr als 3 h pro Woche eine vergleichbare körperliche Tätigkeit aus.

7.5) Ausdauersportler (Regionale Ebene), 5-7 h pro Woche

8.0) Ausdauersportler (Regionale Ebene), 7-9 h pro Woche

8.5) Ausdauersportler (Nationale Ebene), 9-11 h pro Woche

9.0) Ausdauersportler (Nationale Ebene), 11-13 h pro Woche

9.5) Ausdauersportler (Internationale Ebene), 13-15 h pro Woche

10) Ausdauersportler (Internationale Ebene), > 15 h pro Woche

**Tragen Sie das Ergebnis bitte hier ein: und auf Seite 4-5 in die** [**Zusammenfassung**](#Zusammenfassung)

<https://naturheilzentrum-breidenbach.de/training-gegen-fatigue/>

**Stressoren:**

**1) Markieren Sie bitte in der zutreffenden Spalte (Ja oder Nein) mit einem X , durch welche Ereignisse Sie sich besonders belastet fühlen.
2)** Gehen Sie die einzelnen Belastungen dann bitte nochmals durch und überlegen Sie, wie schwer die jeweilige Belastung in Ihrem Alltag wiegt. Gewichten Sie die Belastungen, die Sie mit „Ja" angekreuzt haben, mit einem Punktwert auf der Skala von 1= kaum bis 6= schwerwiegend.
**3)** Markieren Sie bitte auch die schlimmste aller Belastungen durch Farbe, **Fett** oder Unterstrich.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Alltägliche Belastungen: *Bitte ausfüllen*** | **Ja** | **Nein** | **Punkte1-6** |
| Hetze, Termindruck, Zeitnot |  |  |  |
| Probleme in der Verbindung von Beruf und Privatleben |  |  |  |
| Starke familiäre Verpflichtungen (z.B. Mitarbeit im Haushalt, Pflege von Angehörigen, durch Betreuung von Kindern oder Enkeln) |  |  |  |
| Unzufriedenheit mit der Verteilung der täglichen Arbeit |  |  |  |
| Soziale Verpflichtungen und Engagement (z.B. Vereine, Ehrenamt, Organisationen, Politik etc.) |  |  |  |
| Gesundheitliche Probleme (z.B. aktuelle Krankheiten, Folgen von Krankheiten oder chronische Erkrankung/Leiden) bei mir oder bei anderen |  |  |  |
| Gefühl, nicht ausgelastet zu sein |  |  |  |
| Lange Anfahrten zur Arbeit oder häufige Dienstreisen |  |  |  |
| Ehe- oder Partnerschaftsprobleme, -konflikte oder -krisen |  |  |  |
| Probleme mit den Kindern (z.B. mit Erziehung, Schule, Krankheit, Streitigkeiten etc.) |  |  |  |
| Finanzielle Sorgen und Druck (z.B. Insolvenz, Arbeitslosigkeit, Ratenzahlungen) |  |  |  |
| Große Verantwortung am Arbeitsplatz (z.B. großes Risiko einer Schadensverursachung) |  |  |  |
| Unzufriedenheit mit dem Arbeitsplatz |  |  |  |
| Unzufriedenheit mit Arbeitsbedingungen oder -zeiten (z.B. Lärmbelästigung, Schichtarbeit, Belastungen) |  |  |  |
| Störungen bei der täglichen Arbeit (z.B. ständige Unterbrechungen oder schlechte Planung) |  |  |  |
| Unterschiedliche Anforderungen am Arbeitsplatz (Multitasking) |  |  |  |
| Arbeitsüberlastung durch Einführung neuer Arbeitsmethoden und Technologien |  |  |  |
| Informationsüberflutung |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  | **Ja** | **Nein** | **Punkte1-6** |
| Persönliche Spannungen am Arbeitsplatz (z.B. mit Kollegen, Vorgesetzten oder Kunden) |  |  |  |
| Mangelnde Anerkennung der eigenen Arbeitsleistung, Unstimmigkeiten oder Streitigkeiten im Verwandtenkreis |  |  |  |
| Häufig wiederkehrende Auseinandersetzungen mit anderen Personen (z.B. Vermieter, Mieter, Nachbarn, Verwandten) |  |  |  |
| Unzufriedenheit mit der Wohnsituation (z.B. Lärm, zu kleine Wohnung, schlechte Lage, hoher Mietpreis, usw.) |  |  |  |
| Zeiteinteilung des Tagesablaufs (z.B. zu wenig oder zu viel Freizeit, zu wenig Schlaf) |  |  |  |
| Sexuelle Unzufriedenheit |  |  |  |
| Befürchtung einer drohenden Verschlechterung der bestehenden Lebenssituation (z.B. durch Arbeitslosigkeit oder Krankheit) |  |  |  |
| Sonstiges (hier können Sie weitere Belastungen nennen) |  |  |  |
|  |  |  |  |

 **Tragen Sie das Ergebnis bitte hier ein:
Anzahl der mit „Ja“ markierten Kategorien:
Ihre Gesamtpunktzahl:
und auf Seite 4-5 in die** [**Zusammenfassung**](#Zusammenfassung)

**Stressverstärkende Gedanken - Einstellungen und Motive**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Diese Gedanken habe ich....... Markieren Sie mit einem X** | häufig | ab & zu | nie |
| 01 | Am liebsten mache ich alles selbst. |  |  |  |
| 02 | Ich halte das nicht durch. |  |  |  |
| 03 | Es ist entsetzlich, wenn etwas nicht so läuft, wie ich es geplant habe. |  |  |  |
| 04 | Ich fühle mich nicht geschätzt, gemocht oder geliebt. |  |  |  |
| 05 | Ich werde versagen. |  |  |  |
| 06 | Das schaffe ich nie. |  |  |  |
| 07 | Es ist nicht okay, wenn ich eine Arbeit / Termin nicht schaffe / einhalte. |  |  |  |
| 08 | Ich kann diesen Druck (Angst, Schmerzen, etc.) einfach nicht aushalten. |  |  |  |
| 09 | Ich muss immer für meinen Job da sein. |  |  |  |
| 10 | Probleme und Schwierigkeiten sind einfach nur fürchterlich. |  |  |  |
| 11 | Ich fühle mich ausgenutzt. |  |  |  |
| 12 | Es ist wichtig, dass ich alles unter Kontrolle habe. |  |  |  |
| 13 | Ich will andere nicht enttäuschen. |  |  |  |
| 14 | Es gibt nichts Schlimmeres, als Fehler zu machen. |  |  |  |
| 15 | Auf mich muss 100%ig Verlass sein. |  |  |  |
| 16 | Es ist schrecklich, wenn andere mir böse sind oder mich nicht mögen. |  |  |  |
| 17 | Starke Menschen brauchen keine Hilfe. |  |  |  |
| 18 | Im Vergleich zu meiner Anstrengung / Engagement bin ich unterbezahlt. |  |  |  |
| 19 | Ich will mit allen Leuten gut auskommen. |  |  |  |
| 20 | Es ist schlimm für mich, wenn andere mich kritisieren. |  |  |  |
| 21 | Wenn ich mich auf andere verlasse, bin ich verlassen. |  |  |  |
| 22 | Meine Ideen und Anregungen bei der Arbeit werden zu wenig anerkannt. |  |  |  |
| 23 | Es ist wichtig, dass mich alle mögen. |  |  |  |
| 24 | Bei Entscheidungen muss ich mir 100% sicher sein. |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  | **Diese Gedanken habe ich.......**  **Bitte ausfüllen** | häufig | ab & zu | nie |
| 25 | Ich muss ständig daran denken, was alles schief gehen könnte. |  |  |  |
| 26 | Ohne mich geht es nicht. |  |  |  |
| 27 | In meiner Familie werden meine Leistungen nicht richtig wahrgenommen.  |  |  |  |
| 28 | Ich muss immer alles richtig und perfekt machen. |  |  |  |
| 29 | Es ist schrecklich, von Anderen abhängig / auf Andere angewiesen zu sein. |  |  |  |
| 30 | Es ist ganz fürchterlich, wenn ich nicht weiß, was auf mich zukommt. |  |  |  |
| 31 | Weitere Stress-Gedanken, die für mich typisch sind: |  |  |  |
|  | Tragen Sie die Anzahl der mit häufig, ab&zu und nie markierten Gedanken bitte hier ein: und auf Seite 4-5 in die [**Zusammenfassung**](#Zusammenfassung) | häufig | ab & zu | nie |

**Beschreiben Sie bitte Ihre** **Schlafgewohnheiten:**- Zeitpunkt des Zubettgehen:
- Wie lange brauchen Sie bis zum Einschlafen?
- Haben Sie deutliche Durchschlafstörungen?
- Wann erwachen Sie?
- Haben Sie Atemaussetzer (Schlafapnoe)? Ja: Nein: Weiß ich nicht:
- Schnarchen Sie? Ja: Nein: Weiß ich nicht:
- Nehmen Sie Medikamente, die den Schlaf fördern (sollen)? Welche?
- Wie viele Stunden schlafen Sie etwa?
- Wachen Sie, trotz ausreichend Schlaf, erschöpft und nicht erholt auf?

Beurteilen Sie sich selbst hier und auf Seite 4-5 in die [**Zusammenfassung**](#Zusammenfassung)
**Schlaf: ausreichend: nicht ausreichend: weitere Abklärung nötig:**

**CFS Anamnese nach den Kanadischen Klinischen Kriterien**https://naturheilzentrum-breidenbach.de/cfs-chronic-fatigue-syndrom/

Die CFS Anamnese ergibt sich aus einigen Haupt- und etlichen Nebenkriterien.
Kreuzen Sie alle auf Sie zutreffenden Symptome in der Spalte „Zutreffend?“ an. Sehen Sie sich anschließend an, wann das Kriterium als erfüllt gilt und ob Sie es erfüllt haben.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Thema** | **Frage** | **Zutreffend?** | **Kriterium erfüllt?** |
| 1) Zustandsverschlechterung nach Belastung und Erschöpfung:   | a) Ich leide unter einem deutlichen Ausmaß einer anderweitig nicht erklärbaren, andauernden oder wiederkehrenden körperlichen oder geistigen Erschöpfung, die zu einer erheblichen Reduktion meines Aktivitätsniveaus führt. |  | CFS Kriterium 1 ist erfüllt, wenn a, b und c zutreffen. |
| b) Nach Belastung reagiere ich mit Erschöpfung, Verstärkung des schweren Krankheitsgefühlsund/oder Schmerzen. Ich benötige mehr als 24 Stunden, um mich zu erholen. |  |
| c) Die Symptome können durch jede Art der Anstrengung oder jede Art Stress verschlechtert werden. |  |
| 2) Schlafstörungen:  | Nicht erholsamer Schlaf oder veränderte Schlafmuster, einschließlich einer Störung des Tag-Nacht-Rhythmus. Ich wache morgens nicht erholt auf. Zeitweise wie gerädert. |  | CFS Kriterium 2 muss erfüllt sein. |
| 3) Schmerzen:  | Ich habe Gelenkschmerzen und/oder Muskelschmerzen ohne klinische Belege für eine entzündliche Reaktion im Sinne von Schwellungen oder Rötungen der Gelenke. Und/oder: Ich habe starke Kopfschmerzen eines neuen Typs, Musters oder Schweregrades. |  | CFS Kriterium 3 muss erfüllt sein. |
|  |  |  |  |
| 4) Nerven und Gehirnleistungsfähigkeit | a) Beeinträchtigung der Konzentrationsfähigkeit und des Kurzzeitgedächtnisses. |  | CFS Kriterium 4 ist erfüllt, wenn zwei (oder mehr) Kriterien a-f erfüllt sind |
| b) Schwierigkeiten mit Informationsverarbeitung, Wortfindungsschwierigkeiten einschließlich periodisch auftretender Lesestörungen. |  |
| c) Ich habe Überlastungserscheinungen: durch zu viele Informationen, beim Denken und bei sensorischer Überlastung (z.B. Lichtempfindlichkeit und Überempfindlichkeit gegenüber Lärm) und/oder bei emotionaler Überlastung.  |  |
| d) Ich habe Wahrnehmungsstörungen und oder Empfindungsstörungen. |  |
| e) Ich bin gelegentlich desorientiert oder verwirrt. |  |
| f) Manchmal habe ich Bewegungs-koordinationsstörungen (Ataxie). |  |
| 5) Autonome / Neuroendokrine / Immunologische Manifestationen  | a) Ich habe oft/gelegentlich folgende Symptome (Autonome Manifestationen)* Kreislaufschwäche im Stehen, absackender/ niedriger Blutdruck
* Lagebedingtes Herzjagen z.B. beim Aufstehen (orthostatisches Tachykardie-Syndrom)
* Schwindel und/oder Benommenheit
* Extreme Blässe
* Darm- oder Blasenstörungen mit Reizdarm oder Blasendysfunktionen
* Herzklopfen mit/ohne Herzrhythmusstörungen
* Instabile Blutgefäße (vasomorische Labilität)
* Atemstörungen
 |  | CFS Kriterium 5 ist erfüllt, wenn mindestens zwei Symptome in mindestens zwei der Kategorien a, b oder c erfüllt sind. |
| b) Nervös-hormonelle Manifestationen:* Meine Körpertemperatur ist nicht stabil
* Intoleranz gegenüber Hitze/Kälte
* Appetitverlust oder anormaler Appetit, Gewichtsveränderungen
* Ich habe Unterzuckerungsneigung
* Ich bin leicht zu stressen (Stressintoleranz) Verstärkung der Symptome durch Stress sowie langsame Erholung und emotionale Labilität
 |  |
| c) Immunologische Manifestationen:* Ich habe empfindliche Lymphknoten
* Oft wiederkehrende Halsschmerzen
* Grippeähnliche Symptome und/oder allgemeines Krankheitsgefühl
* Entwicklung von Allergien oder Veränderungen im Zustand bereits vorliegender Allergien: Haben Sie einen Allergiepass? Was wurde positiv als Allergen getestet?
* Überempfindlichkeit gegenüber Medikamenten und/oder Chemikalien
 |  |
| 6) Die Erkrankung besteht seit mindestens 6 Monaten… | Ja? |  | CFS Kriterium 6 ist erfüllt wenn Sie „Ja“ ankreuzen. |
| Nein? |  |

**Sind alle CFS-Kriterien erfüllt? Ja**\_\_\_ **/ Nein**\_\_\_
Tragen Sie das Ergebnis bitte hier ein: und auf Seite 4-5 in die [**Zusammenfassung**](#Zusammenfassung)

### **Schweregradskala Eine Skala der Schweregrade bei CFS nach Dr. David S. Bell**https://naturheilzentrum-breidenbach.de/cfs-chronic-fatigue-syndrom/

|  |  |
| --- | --- |
| **Krank** | **Schwere der Beschwerden** |
| **0%** | Keine Beschwerden; normale Aktivität; Arbeit und Belastungen problemfrei. |
| **10%** | unter Belastung leichte Beschwerden; normale Aktivität; Arbeit und Belastungen problemfrei. |
| **20%** | in Ruhe leichte Beschwerden, die sich unter Belastung verschlimmern; minimale Einschränkungen der Aktivitäten bei Belastung; anstrengende Ganztagsarbeit mit Problemen. |
| **30%** | in Ruhe leichte Beschwerden, die sich unter Belastung verschlimmern; Aktivität liegt nahe 90 % des Gewohnten, klar erkennbare Begrenzung einiger Tagesaktivitäten; Ganztagsarbeit mit Problemen. |
| **40%** | in Ruhe leichte bis mäßige Beschwerden, die sich unter Belastung verschlimmern; Aktivität liegt bei 70-90 % des Gewohnten, klar erkennbare Begrenzung der Tagesaktivität; nicht in der Lage, ganztags mit körperlichem Einsatz zu arbeiten, aber fähig, einer leichten Vollzeitbeschäftigung bei gleitender Arbeitszeit nachzugehen. |
| **50%** | in Ruhe mäßige Beschwerden, bei Anstrengungen mäßige bis schwere; Aktivität auf 70 % des Gewohnten reduziert; unfähig, anstrengendere Aufgaben zu bewältigen; imstande, leichtere Aufgaben 4-5 Stunden am Tag auszuführen; Ruhepausen werden benötigt. |
| **60%** | in Ruhe mäßige Beschwerden, bei Anstrengungen mäßige bis schwere; Aktivität auf 50-70 % des Gewohnten reduziert; nicht auf das Haus beschränkt; unfähig, anstrengendere Aufgaben auszuführen; imstande, leichtere Aufgaben 3-4 Stunden am Tag auszuführen; Ruhepausen werden benötigt. |
| **70%** | in Ruhe mäßige bis schwere Symptome, starke Beschwerden bei allen Anstrengungen; Aktivität auf 50 % des Gewohnten reduziert; hauptsächlich auf das Haus beschränkt; unfähig, irgendwelche anstrengenden Pflichten zu übernehmen; fähig, leichte Arbeiten 2-3 Stunden am Tag auszuführen; Ruhepausen werden benötigt. |
| **80%** | in Ruhe mäßige bis schwere Symptome, starke Beschwerden bei allen Anstrengungen; Aktivität auf 30-50 % des Gewohnten reduziert; nur selten fähig, das Haus zu verlassen; die meiste Zeit des Tages im Bett; unfähig, anstrengendere Tätigkeiten auszuführen. |
| **90%** | in Ruhe und bei allen Anstrengungen schwere Symptome; kein Verlassen des Hauses; die meiste Zeit bettlägerig; kognitive Symptome verhindern die Konzentration. |
| **100%** | in Ruhe und bei Anstrengungen kontinuierlich schwere Symptome; konstant bettlägerig; unfähig, für sich selbst zu sorgen. |
|  | Ordnen Sie sich einer Gruppe zu und markieren Sie bitte Ihr Ergebnis und tragen Sie es auf Seite 4-5 in die [**Zusammenfassung**](#Zusammenfassung) ein. |

**Was trifft eher auf Sie zu?
Markern Sie bitte, was auf Sie zutrifft:** **CFS oder Depression**

|  |  |
| --- | --- |
| **CFS** | **Depri** |
|  | Infektiöser Beginn | Tritt nur selten infolge einer Infektion auf |  |
|  | Erschöpfung ist ein notwendiges Kriterium  | Eine Veränderung der Stimmungslage ist notwendige Bedingung für eine Diagnose |  |
|  | Muskel- und/oder Gelenkschmerzen und erhebliche Kopfschmerzen | Gewöhnlich nicht mit einer Schmerzsymptomatik verbunden |  |
|  | Schwankungen der Symptomatik im Tagesverlauf, wobei der Nachmittag die schlimmste Zeit des Tages ist | Schwankungen der Symptomatik im Tagesverlauf, wobei der Vormittag die schlimmste Zeit des Tages ist |  |
|  | Orthostatische Intoleranz (Blutdruck sackt ab), Tachykardien (Herzklopfen)  | Keine Verknüpfung mit autonomen Symptomen |  |
|  | Halsschmerzen und Überempfindlichkeiten gegenüber Chemikalien und NahrungsmittelnImmunologische Manifestationen druckempfindlicher Lymphknoten | Keine Verknüpfung mit immunologischen Symptomen   |  |
|  | Intoleranz gegenüber Temperaturextremen | Keine thermostatische Instabilität |  |
|  | Erschöpfung wird durch körperliche oder geistige Anstrengung verschlimmert  | Erschöpfung und Stimmungslage verbessern sich mit körperlicher Betätigung |  |
|  | Verminderung positiver Gefühle (Energie, Schaffensfreude, Fröhlichkeit) | Verstärkung negativer Gefühle (Apathie, Hoffnungslosigkeit, Selbstmordgedanken, Selbstvorwürfe) |  |
|  | Frühes Erwachen (3-4 Uhr) ist selten | Frühes Erwachen haben viele |  |
|  | Hoffnungsvoll oder unbedingtes gesund-werden-wollen, ergreift Initiative bei der Suche nach Behandlung | Hoffnungslos und hilflos, geringe Fähigkeit etwas zu bewirken, Schuldgefühle, geringe Selbstachtung, hängt nicht am Leben |  |
|  | Grippeartige Episoden häufig | Grippeartige Episoden selten |  |
|  | **CFS** | **Depri** |  |

Kreuzen Sie die auf Sie zutreffenden Aussagen an und zählen sie zusammen. Tragen Sie das Ergebnis bitte in der jeweils letzten Zeile ein und auf Seite 4-5 in die [**Zusammenfassung**](#Zusammenfassung)

**Depressionen: 20 typische Symptome**<https://naturheilzentrum-breidenbach.de/depressionen/>

Kreuzen Sie alle auf Sie zutreffenden Symptome an. Zählen Sie anschließend zusammen, wie viele Symptome auf Sie zu treffen und tragen Sie dies in der letzten Zeile der Tabelle ein. Berechnen Sie danach, wie viel Prozent der Symptome auf Sie zutreffen.

z.B.
5 Symptome sind 25%
10 Symptome sind 50%
15 Symptome 75%
20 Symptome sind 100%

|  |  |
| --- | --- |
| **Zutreffend?** | **Symptom** |
|  | Antriebslosigkeit |
|  | Fehlen von Vergnügen |
|  | Interesselosigkeit |
|  | Fehlen von Initiative |
|  | Fehlen von Konzentration |
|  | Reduzierte Arbeitskapazität |
|  | Schlaflosigkeit |
|  | Appetitlosigkeit |
|  | Gewichtsverlust |
|  | Verstopfung |
|  | Fehlen der Libido |
|  | Abendliche Besserung |
|  | Zwanghaftes Grübeln |
|  | Allgemeiner Pessimismus |
|  | Selbstvorwürfe |
|  | Schuldgefühle |
|  | Angstgefühle |
|  | Hang zu Selbstmord |
|  | Hypochondrische Beschwerden |
|  | Gefühle der Sinnlosigkeit des Lebens |
|  | **Anzahl der zutreffenden Fragen (0-20)** |

 (müssen nicht alle gleichzeitig auftreten)

Zu wie viel Prozent trafen die Fragen auf Sie zu? \_\_\_\_\_\_\_
Tragen Sie das Ergebnis bitte hier ein und auf Seite 4-5 in die [**Zusammenfassung**](#Zusammenfassung)

**Beck-Depressions-Inventar (BDI) Test**

**Bitte kreuzen Sie mit X zu jeder der 20 Fragen an, wie häufig Sie das erleben:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Tgl | Oft | Selten | Nie | **Wie ist Ihr gegenwärtiges Lebensgefühl?** |
|  |  |  |  | Ich bin traurig |
|  |  |  |  | Ich sehe mutlos in die Zukunft |
|  |  |  |  | Ich fühle mich als Versager(in) |
|  |  |  |  | Es fällt mir schwer, etwas zu genießen |
|  |  |  |  | Ich habe Schuldgefühle |
|  |  |  |  | Ich fühle mich bestraft |
|  |  |  |  | Ich bin von mir enttäuscht |
|  |  |  |  | Ich werfe mir Fehler und Schwächen vor |
|  |  |  |  | Ich denke daran, mir etwas anzutun |
|  |  |  |  | Ich weine |
|  |  |  |  | Ich fühle mich gereizt und verärgert |
|  |  |  |  | Mir fehlt das Interesse an Menschen |
|  |  |  |  | Ich schiebe Entscheidungen vor mir her |
|  |  |  |  | Ich bin besorgt um mein Aussehen |
|  |  |  |  | Ich muss mich zu jeder Tätigkeit zwingen |
|  |  |  |  | Ich habe Schlafstörungen |
|  |  |  |  | Ich bin müde und lustlos |
|  |  |  |  | Ich habe keinen Appetit |
|  |  |  |  | Ich mache mir Sorgen um meine Gesundheit |
|  |  |  |  | Sex ist mir gleichgültig |
| Tgl | Oft | Selten | Nie | **<- Wie oft haben Sie „Tgl“, „Oft“, „Selten“ oder „Nie“ angekreuzt? Zählen Sie zusammen und tragen Sie es hier und in die** [**Zusammenfassung**](#Zusammenfassung) **auf Seite 4-5 ein.** |

**Mehrdimensionaler Stimmungs-Fragebogen (****MSF)**Schritt 1:

**Markieren Sie Ihre augenblickliche Stimmungslage in der zutreffenden Spalte.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nr. |  | **bestimmt nicht** | **weiß nicht** | **etwas** | **mittel** | **stark** | **sehr stark** |
| 01 | sorglos | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 02 | aufmerksam | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 03 | niedergeschlagen | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 04 | teilnahmslos | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 05 | fürsorglich | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 06 | guter Dinge | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 07 | ärgerlich | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 08 | gelassen | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 09 | erschöpft | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 10 | frisch | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 11 | aufgeregt | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 12 | beunruhigt | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 13 | versöhnlich | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 14 | unsicher | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 15 | einsatzbereit | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 16 | betrübt | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 17 | schlaff | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 18 | gleichgültig | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 19 | klar denkend | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 20 | geladen | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 21 | entspannt | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 22 | erregt | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 23 | gut gelaunt | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 24 | überreizt | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 25 | aktiv | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 26 | interessiert | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 27 | angriffslustig | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Nr. |  | **bestimmt nicht** | **weiß nicht** | **etwas** | **mittel** | **stark** | **sehr stark** |
| 28 | abgespannt | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 29 | unbesorgt | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 30 | heiter | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 31 | verständnisvoll | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 32 | unbeteiligt  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 33 | ausgeglichen | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 34 | bekümmert | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 35 | beklommen | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 36 | vergnügt  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 37 | kraftvoll | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 38 | nervös | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 39 | besorgt | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 40 | gereizt | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 41 | konzentriert | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 42 | gelangweilt | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 43 | hilfsbereit | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 44 | deprimiert | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 45 | gelöst  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 46 | matt | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 47 | wohlwollend  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 48 | überlegt  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 49 | aggressiv  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 50 | fröhlich  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 51 | uninteressiert | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 52 | ruhig | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 53 | furchtsam | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 54 | kribbelig | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 55 | müde  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 56 | voller Energie | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 57 | traurig | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Nr. |  | **bestimmt nicht** | **weiß nicht** | **etwas** | **mittel** | **stark** | **sehr stark** |
| 58 | unbekümmert | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

**Auswertung: Mehrdimensionaler Stimmungs-Fragebogen (MSF)**Schritt 2: **Rechnen Sie Ihre Ankreuzungen bitte nach der obigen Skala in Punktwerte um**
und tragen diese Werte in die entsprechenden Felder unten ein.

Zählen Sie die Punkte innerhalb jeder der zwölf Unterskalen zusammen
und trage die Summen in die Summen Felder ein:

**Tipp:**

Orientieren Sie sich an der Nummerierung. Wenn z.B. in der unteren Tabelle unter Depressivität „Nr. 3 niedergeschlagen“ steht, finden Sie diesen in Zeile 3 im MSF Fragebogen auf Seite 19-20.

|  |  |
| --- | --- |
| **Depressivität** | **Gute Laune** |
| Nr. 3 niedergeschlagen |  | Nr. 6 guter Dinge |  |
| Nr. 16 betrübt  |  | Nr. 23 gut gelaunt  |  |
| Nr. 34 bekümmert  |  | Nr. 30 heiter  |  |
| Nr. 44 deprimiert  |  | Nr. 36 vergnügt  |  |
| Nr. 57 traurig  |  | Nr. 50 fröhlich  |  |
| Summe: |  | Summe: |  |
| **Müdigkeit** | **Aktiviertheit** |
| Nr. 9 erschöpft  |  | Nr. 10 frisch  |  |
| Nr. 17 schlaff  |  | Nr. 15 einsatzbereit  |  |
| Nr. 28 abgespannt  |  | Nr. 25 aktiv  |  |
| Nr. 46 matt  |  | Nr. 37 kraftvoll  |  |
| Nr. 55 müde  |  | Nr. 56 voller Energie  |  |
| Summe: |  | Summe: |  |
|  |  |
| **Langeweile** | **Konzentration** |
| Nr. 4 teilnahmslos  |  | Nr. 2 aufmerksam  |  |
| Nr. 18 gleichgültig  |  | Nr. 19 klar denkend  |  |
| Nr. 32 unbeteiligt  |  | Nr. 26 interessiert  |  |
| Nr. 42 gelangweilt  |  | Nr. 41 konzentriert  |  |
| Nr. 51 uninteressiert  |  | Nr. 48 überlegt  |  |
| Summe: |  | Summe: |  |
| **Angst** | **Sorglosigkeit** |
| Nr. 12 beunruhigt  |  | Nr. 1 sorglos |  |
| Nr. 14 unsicher  |  | Nr. 29 unbesorgt  |  |
| Nr. 35 beklommen  |  | Nr. 58 unbekümmert  |  |
| Nr. 39 besorgt  |  |  |  |
| Nr. 53 furchtsam  |  |  |  |
| Summe: |  | Summe *x* 1,7:  |  |
| **Nervosität** | **Entspanntheit** |
| Nr. 11 aufgeregt  |  | Nr. 8 gelassen  |  |
| Nr. 22 erregt  |  | Nr. 21 entspannt  |  |
| Nr. 24 überreizt  |  | Nr. 33 ausgeglichen  |  |
| Nr. 38 nervös  |  | Nr. 45 gelöst  |  |
| Nr. 54 kribbelig  |  | Nr. 52 ruhig  |  |
| Summe: |  | Summe: |  |
| **Ärger** | **Anteilnahme** |
| Nr. 7 ärgerlich  |  | Nr. 5 fürsorglich  |  |
| Nr. 20 geladen  |  | Nr. 13 versöhnlich  |  |
| Nr. 27 angriffslustig  |  | Nr. 31 verständnisvoll  |  |
| Nr. 40 gereizt  |  | Nr. 43 hilfsbereit  |  |
| Nr. 49 aggressiv  |  | Nr. 47 wohlwollend  |  |
| Summe: |  | Summe: |  |

Schritt 3:

**Werten Sie bitte den MSF selbst aus:**
Tragen Sie bitte die Anzahl als Zahlen und/oder Querbalken
von entsprechender Länge in diese Tabelle. Danach errechnen Sie die Gesamtsumme:

|  |
| --- |
| **Negative Emotionen**  |
|  | 0 | <5 | <10 | <15 | <20 | <25 | <30 |
| Depressivität |  |  |  |  |  |  |  |
| Müdigkeit |  |  |  |  |  |  |  |
| Langeweile |  |  |  |  |  |  |  |
| Angst |  |  |  |  |  |  |  |
| Nervosität |  |  |  |  |  |  |  |
| Ärger |  |  |  |  |  |  |  |
| **Gesamtsumme:** |

|  |
| --- |
| **Positive Emotionen**  |
|  | 0 | <5 | <10 | <15 | <20 | <25 | <30 |
| Gute Laune |  |  |  |  |  |  |  |
| Aktiviertheit |  |  |  |  |  |  |  |
| Konzentration |  |  |  |  |  |  |  |
| Sorglosigkeit |  |  |  |  |  |  |  |
| Entspanntheit |  |  |  |  |  |  |  |
| Anteilnahme |  |  |  |  |  |  |  |
| **Gesamtsumme:** |

****

**Tipp:**

Querbalken können Sie einfügen, indem Sie die Spalten in der jeweiligen Zeile mit gedrückter linker Maustaste markieren und wählen Sie bei diesem  Symbol durch klicken auf den Pfeil rechts eine Farbe für Ihren Balken aus.

Übertragen Sie bitte die Gesamtsummen auf Seite 4-5 in die [**Zusammenfassung**](#Zusammenfassung)

**Generalisierte** **Angststörung
Markieren Sie bitte diejenigen Fragen, denen Sie zustimmen.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Frage** | **Zutreffend?** | **Punktzahl, wenn zutreffend** |
| Machen Sie sich in den letzten 6 Monaten oder schon länger über viele Dinge Sorgen (z.B. Kinder, Familie, Gesundheit) und sind deshalb verängstigt? |  | 5 Punkte |
| Verspüren Sie in den letzten 6 Monaten oder länger folgende Symptome? (Markieren Sie vorhandene Symptome. Wenn mindestens 4 Symptome vorhanden sind, trifft diese Frage auf Sie zu.):* Herzklopfen, Herzrasen oder Herzstolpern
* Schwitzen
* Zittern oder Beben
* Trockener Mund
* Schwierigkeiten, Luft zu bekommen, oder Atemnot
* Engegefühl in Brust- oder Bauchbereich
* Übelkeit und Brechreiz
* Schwindel, Benommenheitsgefühle
* Schwächegefühl
* Gefühl, alles um Sie herum sei unwirklich
* Angst, keine Kontrolle mehr zu haben
* Angst, verrückt zu werden
* Angst, sterben zu müssen
* Gefühl, zu ersticken
* Kribbeln oder Taubheitsgefühle
* Angst, ohnmächtig zu werden
* Angst auszurasten
* Muskelverspannung, akute und chronische Schmerzen
* Ruhelosigkeit und Unfähigkeit zum Entspannen
* Gefühle von aufgedreht sein, Nervosität und psychischer Anspannung
* Kloßgefühl im Hals oder Schluckbeschwerden
* Übertriebene Reaktionen auf kleine Überraschungen oder erschreckt werden
* Konzentrationsschwierigkeiten, Leeregefühl im Kopf wegen Sorgen oder Angst
* Anhaltende Reizbarkeit
* Einschlafstörungen wegen der Besorgnis
 |  | 5 Punkte |
| Beeinträchtigen Ihre Sorgen Ihren Alltag erheblich? |  | 5 Punkte |
| Haben Sie den Eindruck, Ihre Sorgen nicht kontrollieren zu können? |  | 5 Punkte |
| Sorgen Sie sich um Ereignisse, die mit großer Wahrscheinlichkeit nicht eintreten? |  | 5 Punkte |
| Machen Sie oft die Erfahrung, dass Sie sich umsonst oder übertrieben große Sorgen machen? |  | 5 Punkte |
| Machen Sie sich Sorgen um Ereignisse, die Sie nicht kontrollieren können? |  | 5 Punkte |
| **Rechnen Sie bitte Ihre Gesamtpunktzahl aus:**  (0-35) |  |
|  |  |
| Wenn Sie 35 Punkte haben, leiden Sie sehr wahrscheinlich unter einer generalisierten Angststörung, der so genannten Zukunftsangst.Wenn Sie weniger als 35 Punkte haben, dann bedürfen Ihre Symptome einer weiteren Abklärung.**Übertragen Sie bitte die Gesamtpunktzahl auf Seite 4-5 in die** [**Zusammenfassung**](#Zusammenfassung) |  |

# **Angst-Syndrom: Ein anderer Fragenkomplex**

|  |  |
| --- | --- |
| **Frage** | **Markieren Sie Zutreffendes mit einem x** |
| Befinden Sie sich häufig in der Erwartung eines schlimmen Ereignisses? |  |
| Haben Sie Angst vor Veränderung oder Trennung? |  |
| Fürchten Sie sich im Dunkeln, vor dem Alleingelassenwerden, vor Fremden und vor Menschenmengen? |  |
| Fühlen Sie sich häufig oder dauernd in Anspannung, Erschöpfung, Überlastung und haben häufig oder dauernd das Gefühl von Unruhe? |  |
| Können Sie schlecht einschlafen, wachen Sie des Nachts häufiger auf? Sind Sie beim Aufwachen abgeschlagen? |  |
| Haben Sie Konzentrationsschwierigkeiten? Ist Ihr Gedächtnis schlechter geworden? |  |
| Können Sie sich nicht mehr an Ihrer Arbeit und Ihren Hobbys freuen? |  |
| Haben Sie einen schnellen Herzschlag, fühlen Sie manchmal ein Aussetzen des Herzschlages sowie Brustschmerzen? |  |
| Haben Sie ein Druck- und Engegefühl in der Brust? |  |
| Leiden Sie unter Bauchschmerzen, Schmerzen vor oder nach dem Essen, Sodbrennen, Magenbrennen, Übelkeit, Erbrechen, Durchfall sowie Gewichtsverlust? |  |
| Leiden Sie unter sexuellen Störungen? |  |
| Leiden Sie unter Mundtrockenheit, kalten und feuchten Händen sowie Schwindel und Benommenheit? |  |
| **Wie viele Fragen haben Sie als zutreffend markiert?** (0-12) **Übertragen Sie bitte die Gesamtpunktzahl auf Seite 4-5 in die** [**Zusammenfassung**](#Zusammenfassung) |  |

**Hamburger** **Burnout Inventar (HBI)**https://naturheilzentrum-breidenbach.de/burnout-syndrom/Schritt 1:
Dieser Fragebogen enthält Aussagen über Gefühlslagen und Einstellungen, wie man sie bezüglich Arbeit und Leben haben kann. Bitte geben Sie an, wie sehr jede Aussage auf Sie ganz persönlich zutrifft. **Bitte markieren Sie diejenige Zahl zwischen 1 und 7**, die Ihre Meinung am besten ausdrückt. *Lassen Sie bitte keine Aussage aus.*

Tipp:

Zum Markieren klicken Sie auf den Pfeil dieses Symbols und gehen mit gedrückter linker Maustaste über sie drüber.

7= völlig zutreffend
6= weitgehend zutreffend
5= eher zutreffend
4= weder noch bzw. weiß nicht
3= eher nicht zutreffend
2= weitgehend unzutreffend
1= völlig unzutreffend

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **01)** Ich habe zu meiner Arbeit oft keine rechte Lust  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| **02)** Im Umgang mit den meisten Anderen bleibe ich lieber auf Distanz | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| **03)** Gelegentlich meldet sich bei mir ein Gefühl von Hilflosigkeit | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| **04)** Auf meine Arbeit bin ich oft stolz | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| **05)** Ich kann mich nur noch für weniges richtig begeistern | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| **06)** Ich fühle mich von meiner Arbeit „ausgebrannt" | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| **07)** Ich bin erst dann mit mir zufrieden, wenn ich mein Bestes gegeben habe | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| **08)** Ich habe nicht selten ein Gefühl innerer Leere | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| **09)** Ich reagiere schon mal gereizt, auch wenn der Anlass nicht so wichtig war | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| **10)** Wenn ich arbeiten muss, graule ich mich oft schon eine Weile vorher | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| **11)** Ich denke manchmal, dass die Belastungen zu viel für mich sind | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| **12)** Viele Leute, die ich näher kenne, sind mir ziemlich gleichgültig | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| **13)** Ich finde es oft schwierig, nach der Arbeit abzuschalten | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| **14)** Ich fühle mich manchmal mutlos | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| **15)** Über Enttäuschungen komme ich schwerer hinweg als andere | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| **16)** Viel von meinem Stress rührt von meinen Ansprüchen an mich selbst her | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **17)** Fühle ich mich gelegentlich wie in einer Falle, in der ich weder vor noch zurück kann | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| **18)** Mit meinen Arbeitsleistungen bin ich zufrieden | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| **19)** Emotionale Belastungen stehe ich gut durch | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| **20)** Ich empfinde gelegentlich einen starken Widerwillen gegen meine Arbeit | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| **21)** Manchmal denke ich, ich bin gar nicht mehr richtig lebendig | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| **22)** Ich fahre leicht aus der Haut, wenn etwas nicht gleich so geht  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| **23)** Die höchsten Anforderungen stelle ich selbst an mich | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| **24)** Ich bleibe im Kontakt mit Menschen lieber unpersönlich | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| **25)** Ich neige dazu, die Dinge schwer zu nehmen | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| **26)** Ich brauche oft Kraft, um meinen Widerstand gegen die Arbeit zu überwinden | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| **27)** Ich fühle mich erschöpft und kraftlos | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| **28)** Ich nehme oft Probleme aus meiner Arbeit mit in die Freizeit | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| **29)** Ich neige ein bisschen zum Perfektionismus | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| **30)** Die Sorgen anderer nehme ich nicht mehr so wichtig | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| **31)** Ich bin oft ratlos, wie ich mit meinen Problemen zurechtkommen soll | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| **32)** Manchmal genügen Kleinigkeiten, um mir den ganzen Tag zu verderben | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| **33)** Ich habe manchmal ein Gefühl von Abgestorbensein | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| **34)** Mit meinen Leistungen kann ich mich sehen lassen | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| **35)** Abends grüble ich oft über Dinge nach, die ich tagsüber erlebt habe | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| **36)** Oft habe ich meine Arbeit gründlich satt | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| **37)** An manchen Stellen fühle ich mich einfach überlastet | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| **38)** Ich fühle mich oft abgearbeitet und verbraucht | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| **39)** Ich neige dazu, an meine Leistungen strenge Maßstäbe anzulegen | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| **40)** Ich stecke in einer Krise, aus der ich momentan keinen Ausweg finde | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

Schritt 2: **Auswertung für das Hamburger Burnout-Inventar (HBI)**

Der Fragebogen, den Sie auf Seite 26 und 27 ausgefüllt haben, liefert Ihnen je einen Punktwert für 10 verschiedene Merkmale, die etwas mit Burnout zu tun haben. Auf diesem Bogen finden Sie Erklärungen der Merkmale, eine Gebrauchsanweisung, wie Sie selbst zu Ihren Punktwerten kommen können, sowie eine Interpretationshilfe.

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | **Emotionale Erschöpfung:** | 6 | 11 | 27 | 37 | 38 | Summe |
|  | Und so wird ausgewertet: Addieren Sie Ihre jeweilige Bewertungen zu den Aussagen 6, 11, 27, 37 und 38 |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 2 | **Leistungsunzufriedenheit:** | 4 | 18 | 34 | Summe |
|  | Und so wird ausgewertet: Addieren Sie Ihre jeweilige Bewertungen zu den Aussagen 4, 18 und 34 |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 3 | **Distanziertheit:** | 2 | 12 | 24 | 30 | Summe |
|  | Und so wird ausgewertet: Addieren Sie Ihre jeweilige Bewertungen zu den Aussagen 2, 12, 24, 30 |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 4 | **Depressive Reaktion auf emotionale Belastungen:** | 15 | 25 |  | 19 | Summe |
|  | Addieren Sie Ihre Bewertungen bei den Aussagen 15 und 25, addieren Sie die Zahl 8 und ziehen Sie Ihre Bewertung zu Nr. 19 ab.  |  |  | +8 | - |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 5 | **Gefühl des Gefangenseins, der Ratlosigkeit, Hilflosigkeit, Mutlosigkeit** | 3 | 14 | 17 | 31 | Summe |
|  | Und so wird ausgewertet: Addieren Sie Ihre jeweilige Bewertungen zu den Aussagen 3, 14, 17 und 31  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 6 | **Innere Leere:** | 5 | 8 | 21 | 33 | Summe |
|  | Und so wird ausgewertet: Addieren Sie Ihre jeweilige Bewertungen zu den Aussagen 5, 8, 21 und 33 |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 7 | **Arbeitsüberdruss:** | 1 | 10 | 20 | 26 | 36 | Summe |
|  | Und so wird ausgewertet: Addieren Sie Ihre jeweilige Bewertungen zu den Aussagen 1, 10, 20, 26 und 36 |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 8 | **Unfähigkeit zur Entspannung:** | 13 | 28 | 35 | Summe |
|  | Und so wird ausgewertet: Addieren Sie Ihre jeweilige Bewertungen zu den Aussagen 13, 28 und 35 |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 9 | **Selbstüberforderung:** | 7 | 16 | 23 | 29 | 39 | Summe |
|  | Und so wird ausgewertet: Addieren Sie Ihre jeweilige Bewertungen zu den Aussagen 7, 16, 23, 29 und 39 |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 10 | **Aggressive Reaktion auf emotionale Belastung:** | 9 | 22 | 32 | Summe |
|  | Und so wird ausgewertet: Addieren Sie Ihre jeweilige Bewertungen zu den Aussagen 9, 22 und 32 |  |  |  |  |

Schritt 3:

**Übertragen Sie bitte die Summen Ihrer 10 Kästchen in die Tabellen unten, je nachdem ob Sie männlich oder weiblich sind, gibt es verschiedene Tabellen.
Beispiel:**

1. Sie sind männlich und haben im Merkmal „Emotionale Erschöpfung“ 18 Punkte.
Machen Sie bitte ein Kreuz in das Kästchen „14-18". Sie wissen damit, dass Sie in Bezug auf dieses Merkmal zwar in der oberen Hälfte der Bevölkerung liegen, aber noch nicht im obersten Viertel.
Rund ein Viertel der männlichen Erwachsenen (25%) haben hier noch höhere Werte.

Oder:
2. Sie sind weiblich und haben im selben Merkmal 30 Punkte. Machen Sie dann Ihr Kreuz in das Kästchen rechts außen „29-35". Das heißt, dass Sie im Vergleich mit anderen Frauen in den obersten 5% liegen = Warnzeichen!
Wenn Sie das mit allen Merkmalen machen, erhalten Sie Ihr individuelles Burnout-Profil

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Burnout-Profil für Männer**Sie gehören zur: | **Besseren Hälfte** | **Oberen Hälfte** | **Anwärter** | **BURNOUT !** |
| Erklärung, anders formuliert | Gratulation!Sie haben bei diesem Thema am besten abgeschnitten. | 50% der Menschen geht es emotional besser als Ihnen. | 75% der Menschen geht es emotional besser als Ihnen.Versuchen Sie Ihre Lage zu verbessern.  | 90% der Menschen geht es emotional besser als Ihnen.Sie brauchen professionelle Hilfe! Arbeiten Sie an dem Thema. | 95% der Menschen geht es emotional besser als Ihnen.Sie brauchen sofort professionelle Hilfe! Arbeiten Sie an dem Thema. |
|  |
| **1. Emotionale Erschöpfung****Gefühle von Überlastung und Erschöpfung als Folge der Arbeit.** | 5-13 | 14-18 | 19-23 | 24-25 | 26-35 |
|  |
| **2. Leistungsunzu­friedenheit**Mangel an Zufriedenheit und Stolz auf die eigene Arbeit und Leistung. | 16-21 | 14-15 | 12-13 | 9-11 | 3-8 |
|  |
| **3. Distanzierheit**Geringe Anteilnahme an Anderen, Reserviertheit im Kontakt. | 4-12 | 13-15 | 16-19 | 20-21 | 22-28 |
|  |
| **4. Depressive Reaktion**Neigung zu Niedergeschlagenheit als Folge von belastenden Erlebnissen. | 3-9 | 10-12 | 13-14 | 15-16 | 16-21 |
|  |
| **5. Hilflosigkeit**Gefühl des Gefangenseins, der Ratlosigkeit, Hilflosigkeit, Mutlosigkeit. | 4-10 | 11-14 | 15-18 | 19-21 | 22-28 |
|  |
| **6. Innere Leere**Gefühl, abgestorben, leer und unlebendig zu sein. | 4-9 | 10-12 | 13-16 | 17-18 | 19-28 |
|  |
| **7. Arbeitsüberdruss**Innerer Widerstand gegen die eigene Arbeit, Unlust, Widerwillen. | 5-12 | 13-17 | 18-23 | 24-28 | 29-35 |
|  |
| **8. Unfähigkeit zur Entspannung**Schwierigkeiten beim Abschalten von Arbeitsproblemen, die einen bis in die Freizeit verfolgen. | 3-10 | 11-14 | 15-17 | 18 | 19-21 |
|  |
| **9. Selbstüber­forderung**Neigung zu Perfektionismus und strengen Maßstäben für die eigene Leistung, was selbsterzeugten Stress schafft. | 5-24 | 25-27 | 28-31 | 32-33 | 34-35 |
|  |
| **10. Aggressive Reaktion**Gereiztheit schon bei unbedeutenden Anlässen. | 3-10 | 11-13 | 14-16 | 17-18 | 19-21 |

**Übertragen Sie bitte die Gesamtpunktzahl auf Seite 4-5 in die** [**Zusammenfassung**](#Zusammenfassung)

Sollten Sie Ihr Kreuz überall in das linke Kästchen („untere Hälfte") machen können — Glückwunsch, dann ist Ihr Fragebogen ganz und gar unauffällig.
 **Abschlussfrage:**Ist Ihnen aufgrund all dieser vielen Fragen etwas aufgefallen oder ins Bewusstsein gerückt?

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Burnout-Profil für Frauen**Sie gehören zur: | **Besseren Hälfte** | **Oberen Hälfte** | **Anwärter** | **BURNOUT !** |
| Erklärung, anders formuliert | Gratulation!Sie haben bei diesem Thema am besten abgeschnitten | 50% der Menschen geht es emotional besser als Ihnen. | 75% der Menschen geht es emotional besser als Ihnen.Versuchen Sie Ihre Lage zu verbessern. | 90% der Menschen geht es emotional besser als Ihnen.Sie brauchen professionelle Hilfe! Arbeiten Sie an dem Thema. | 95% der Menschen geht es emotional besser als Ihnen.Sie brauchen sofort professionelle Hilfe! Arbeiten Sie an dem Thema. |
|  |
| **1. Emotionale Erschöpfung**Gefühle von Überlastung und Erschöpfung als Folge der Arbeit. | 5-15 | 16-20 | 21-25 | 26-28 | 29-35 |
|  |
| **2. Leistungsunzu­friedenheit**Mangel an Zufriedenheit und Stolz auf die eigene Arbeit und Leistung. | 16-21 | 14-15 | 12-13 | 9-11 | 3-8 |
|  |
| **3. Distanziertheit**Geringe Anteilnahme an Anderen, Reserviertheit im Kontakt. | 4-10 | 11-14 | 15-17 | 18-19 | 20-28 |
|  |
| **4. Depressive Reaktion**Neigung zu Niedergeschlagenheit als Folge von belastenden Erlebnissen. | 3-11 | 12-14 | 15-16 | 17-18 | 19-21 |
|  |
| **5. Hilflosigkeit**Gefühl des Gefangenseins, der Ratlosigkeit, Hilflosigkeit, Mutlosigkeit. | 4-12 | 13-17 | 18-20 | 21-22 | 23-28 |
|  |
| **6. Innere Leere**Gefühl, abgestorben, leer und unlebendig zu sein. | 4-8 | 9-12 | 13-18 | 19-20 | 21-28 |
|  |
| **7. Arbeitsüberdruss**Innerer Widerstand gegen die eigene Arbeit, Unlust, Widerwillen. | 5-13 | 14-18 | 19-25 | 26-29 | 30-35 |
|  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **8. Unfähigkeit zur Entspannung**Schwierigkeiten beim Abschalten von Arbeitsproblemen, die einen bis in die Freizeit verfolgen. | 3-11 | 12-15 | 16-17 | 18 | 19-21 |
|  |
| **9. Selbstüber­forderung**Neigung zu Perfektionismus und strengen Maßstäben für die eigene Leistung, was selbsterzeugten Stress schafft. | 5-25 | 26-28 | 29-31 | 32 | 33-35 |
|  |
| **10. Aggressive Reaktion**Gereiztheit schon bei unbedeutenden Anlässen. | 3-12 | 13-15 | 16-17 | 18 | 19-21 |

**Übertragen Sie bitte die Gesamtpunktzahl auf Seite 4-5 in die** [**Zusammenfassung**](#Zusammenfassung)

Sollten Sie Ihr Kreuz überall in das linke Kästchen („untere Hälfte") machen können — Glückwunsch, dann ist Ihr Fragebogen ganz und gar unauffällig.

**Abschlussfrage:**Ist Ihnen aufgrund all dieser vielen Fragen etwas aufgefallen oder ins Bewusstsein gerückt?

#### 4 Stoffwechselstörungen nach dem US Arzt Dr. med. Carl Pfeifferhttps://naturheilzentrum-breidenbach.de/stoffwechsel-und-psyche/

#### Markieren Sie in den folgenden 4 Tabellen, die auf Sie zutreffenden Symptome mit einem X in der Spalte „Zutreffend?“. Berechnen Sie die Summe der angekreuzten Symptome und übertragen Sie bitte die Gesamtpunktzahlen auf Seite 4-5 in die [Zusammenfassung](#Zusammenfassung).

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| [**Histapenie**](https://naturheilzentrum-breidenbach.de/histapenie/) **(wenig Histamin)**  | **Zutreffend?** |  | **Zutreffend?** |
| Ängste |  | Langsamer Orgasmus |  |
| Übererregbarkeit |  | Langsame Ejakulation |  |
| Weitschweifigkeit |  | Adipositas/Übergewicht |  |
| Inkonsequenter Charakter |  | Wahrnehmungsstörungen |  |
| Zuviel Oberflächlichkeit |  | Paranoia (Verfolgungsgefühle) |  |
| Fettansatz (Stalagmitischer = von unten nach oben) |  | Wahnideen |  |
| Starke Bart- und Körperbehaarung |  | Halluzinationen (akute Psychose, Hören v. Stimmen) |  |
| Wenig Erkältungen |  | Grandiositätsgefühle |  |
| Ulcusneigung (Magengeschwüre) |  | Beziehungswahn (alles hängt irgendwie zusammen...) |  |
| Schlaflosigkeit |  | Zerfahrenheit |  |
| Vermindertes Schmerzgefühl |  | **Summe Histapenie (0-24):** |
| Stottern |  |  |  |
| Ohrenklingen/Tinnitus |  |  |  |
| Viele Zahnfüllungen |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| [**Histadelie**](https://naturheilzentrum-breidenbach.de/histadelie/) **(viel Histamin)**  | **Zutreffend?** |  | **Zutreffend?** |
| Wahrnehmungsstörungen |  | Schmerzempfinden erhöht |  |
| Depressionen, schwere |  | Stimmungsschwankungen (weint leicht) |  |
| Suizidalität (Gedanken an Selbstmord) |  | Ängste, Phobien, Befürchtungen |  |
| Zwanghaftigkeit, Zwangshandlungen |  | Ernst, zu viel |  |
| Kopfschmerzen |  | Ehrgeiz, starker |  |
| Ritualverhalten |  | Zielstrebigkeit |  |
| Suchtpotential (Medikamente, Genussgifte, Drogen) |  | Durchsetzungskraft |  |
| Störungen im Gedankenablauf |  | Magerkeit, wenig Körperfett |  |
| Geistesabwesenheit |  | Zähne, gute |  |
| Gedankenleere, Gehirnleere |  | Allergie und Depression in der Familienanamnese |  |
| Magen/Zwölffingerdarmgeschwür |  | Schlaflosigkeit |  |
| Rituale im Verhalten |  | **Summe Histadelie (0-24):** |
| Häufig Erkältungen |  |  |  |
|  |  |  |  |
| [**Kryptopyrrolurie**](https://naturheilzentrum-breidenbach.de/kryptopyrrolurie/) **/HPU** | **Zutreffend?** |  | **Zutreffend?** |
| Blasse Gesichtsfarbe |  | Gedächtnisstörungen, unklarer Ursache |  |
| Traum: Keine/Selten Erinnerung an Träume |  | Psychotische Störungen |  |
| Depressionen, schwere |  | Kurzzeitgedächtnis verschlechtert sich |  |
| Neurologische Symptome, unklare |  | Namensgedächtnis verschlechtert sich |  |
| Brechreiz |  | Verschlechterung der Handschrift |  |
| Schüttelfrost und Fieber |  | Begabungen, besondere |  |
| Unangenehmer Mund- und Körpergeruch |  | Genie und Wahnsinn/Borderline Typen |  |
| Schlechter Zahnschmelz |  | Angstneurotische Zustände in Stresssituationen |  |
| Schneidezähne (gedrängte Obere, enger Kiefer) |  | Depressionen |  |
| Fingernägel mit weißen Flecken, trübweiße |  | Hirnfunktionsstörungen |  |
| Wahrnehmungsstörungen |  | Leibschmerzen |  |
| Kein Frühstücker |  | Atem- und Körpergeruch, ausgeprägt |  |
| Schmerzen im Oberbauch |  | Emotionale Schwankungen, starke |  |
| Verstopfung |  | Impotenz |  |
| Schlafstörungen |  | Amenorrhoe (Ausbleiben der Periode) |  |
| Striae (Schwangerschaftsstreifen auf der Haut) |  | Nervöse Erschöpfung |  |
| Durch Stress verursachte Störung |  | Anämie/Blutarmut |  |
| Keine Sonnenbräune |  | Überwiegen von Mädchen in der Familie |  |
| Medikamentenunverträglichkeit |  | **Summe Kryptopyrrolurie (0-37):** |
|   |  |  |  |
| [**Hypoglykämie**](https://naturheilzentrum-breidenbach.de/hypoglykaemie/) **(Unterzuckerung)** | **Zutreffend?** |  | **Zutreffend?** |
| Nervosität, Reizbarkeit |  | Krampfanfälle |  |
| Aggressionen |  | Bewusstseinsverlust |  |
| Müdigkeit |  | Übelkeit |  |
| Schwindel |  | Kopfschmerzen |  |
| Zittern |  | Ohnmachtsgefühle |  |
| Blutdruck ist niedrig |  | Depressionen |  |
| Hände und Füße oft kalt |  | Weinkrämpfe |  |
| Schweiß, kalter |  | Konzentrationsschwäche |  |
| Doppelsehen |  | geistige Verwirrung |  |
| Lichtempfindlichkeit |  | Vergesslichkeit |  |
| Schwäche |  | Ängste, Phobien |  |
| Erschöpfung |  | Unsoziales Verhalten |  |
| Schwitzen |  | Schlaflosigkeit |  |
| Herzklopfen |  | Wahrnehmungsstörungen |  |
| Herzrasen |  | Hyperaktivität |  |
| Verwirrtheit |  | **Summe Hypoglykämie (0-37):** |
| Benommenheit |  |  |  |
| Sprachstörungen |  |  |  |
| Sehstörungen |  |  |  |
| Atypisches Verhalten |  |  |  |
| Psychotische Zustände |  |  |  |
| Delirante Zustände |  |  |  |

**68 am häufigsten berichteten Symptome einer** **[Hypothyreose (Schilddrüsenunterfunktion)](https://naturheilzentrum-breidenbach.de/schilddruesenunterfunktion-hypothyreose/)** \*

Bitte markieren Sie die auf Sie zutreffenden Symptome.

|  |  |
| --- | --- |
| o Erschöpfung o Schwellung der Augenlider o emotionale Instabilität o Lethargie o trockene Haut o Gefühl von Luftnot o Geringe Ausdauer o trockene Schleimhäute o dünne Haare o Verlangsamtes Reden o Verstopfungo Haarausfall o verlangsamtes Denken o unerklärliche Gewichtszunahme o blassbläuliche Haut o schlechtes Gedächtnis o blasse Lippen o trockene, verdickte Haut o Konzentrationsschwäche o Kurzatmigkeit o trockenes, grobes, sprödes Haar o Depressivität o Schwellungeno Hautblässe o Nervosität o Heiserkeit o aufgedunsene Haut o Ängstlichkeito Appetitlosigkeit o Verquollenes Gesicht/Augen o sich ständig sorgen o verlängerte Regelblutung o Knöchelschwellung  o Aufregung bei Kleinigkeiten   |  o starke Regelblutung o grobe Haut  o zwanghaftes Denken  o schmerzhafte Menstruation  o spröde oder dünne Nägel  o geringe Motivation  o geringer Sexualtrieb  o Längsrillen der Fingernägel  o Schwindel  o Impotenz  o Schluckbeschwerden  o Kältegefühl  o Hörverlust  o Schwäche  o kalte Haut  o schneller Herzschlag  o Unklare Schmerzzustände  o vermindertes Schwitzen  o Herzklopfen  o Muskelschmerzen  o Hitzeintoleranz  o niedrige Pulsfrequenz  o Gelenkschmerzen  o unerholsamer Schlaf  o Schmerzen an der Vorderseite der Brust  o Taubheit oder Kribbeln  o Schlaflosigkeit o Sehstörungen, unspezifische  o vorspringende Augäpfel  o vergrößerte Zunge  o Gewichtsverlust  o spärliche Augenbrauen  o Schwellung des Gesichts  o Zungenschwund  |

 \* Der US Schilddrüsenspezialist, Dr. Lowe weist zu Recht darauf hin, dass man früher wesentlich mehr Symptome einer SD Unterfunktion zugeordnet hat, nämlich 68. Quelle Nach LJ DeGroot, PR Larsen, S. Refetoff und JB Stanbury: Die Schilddrüse und deren Erkrankungen, 5. Auflage. New York, John Wiley & Sons, Inc. 1984, pp.577-578.

**Diagnose einer Schilddrüsenunterfunktion mittels Messung der Unterarm-Temperatur**

**Anweisung:**
Besorgen Sie sich bitte ein digitales Thermometer und legen Sie es neben das Bett. Am Morgen, sobald Sie aufwachen, stecken Sie das Thermometer tief in die Achselhöhle unter den Arm um die Temperatur zu messen. Dies soll geschehen, bevor Sie aufstehen, irgendetwas gegessen, getrunken oder irgendwelche Aktivitäten begonnen haben. So wird Ihre niedrigste Tagestemperatur gemessen, die mit Ihrer Schilddrüsenfunktion korreliert. Sie sollen 5 Tage messen (aber nicht am Eisprung = 14 Tage des Zyklus). Die normale Temperatur beträgt 36,6 - 36,8 Grad Celsius.

|  |  |
| --- | --- |
| Tag | Temperatur |
| 1. Tag
 |  |
| 1. Tag
 |  |
| 1. Tag
 |  |
| 1. Tag
 |  |
| 1. Tag
 |  |

Sollten Sie Ihre Schilddrüsenwerte kennen, tragen Sie diese bitte hier ein:

|  |
| --- |
| Datum: |
|  | Ihr Schilddrüsenwert | Normwert |
| TSH |  |  |
| FT3 |  |  |
| FT4 |  |  |
| TPO |  |  |

Übertragen Sie bitte die Ergebnisse auf Seite 4-5 in die [**Zusammenfassung**](#Zusammenfassung)

|  |
| --- |
| **Konstitutionstypen Analyse (37 Fragen) Sympathikoton (…) Vagoton (…)**Markieren Sie von den 37 Fragen nur die, die eindeutig beantwortet werden können: |
|  | Sympathikotoniker | Vagotoniker |
| Fenster: Schlafen Sie lieber bei  | offenem | geschlossenem |
| Stört Sie Zugluft? | ja | nein |
| Warmer Südwind angenehm?  | ja | nein |
| Baden Sie in der Wanne  | lauwarm | heiß |
| Kleiden Sie sich lieber  | leicht | warm |
| Benötigen Sie eine Sonnenbrille? | ja | nein |
| Bei körperlicher Arbeit? | erschöpft | ausdauernd |
| Schwitzen Sie dabei  | viel | wenig |
| Sind Sie eigentlich  | Frühaufsteher | Spätaufsteher |
| Schlafen Sie mit dem Kopf | hoch | tief |
| Essen Sie gern  | viel | wenig |
| Was ziehen Sie vor? | Gemüse | Fleisch |
| Nehmen Sie Gewürzsalz? | wenig | viel |
| Ekel vor Unsauberkeit  | nicht besonders | ja, sehr |
| Vertragen Sie Kaffee, Alkohol | schlecht | gut |
| Vergessen Sie Unrecht  | schnell | nicht leicht |
| Sind Sie eher kontakt-freudig oder ärmer? | freudig | ärmer |
| Treffen Sie rasche Entscheidung  | ja | nicht gern |
| Verlaufen Erkältungen  | stürmisch | schleichend |
| Wohlbefinden bei frischer Luft | ja | nein |
| Braucht morgens Anlaufzeit  | nein | ja |
|  |  |  |
|  |  |  |
| Langsame Ermüdung u. Erholung | nein | ja |
| Schlechter "Futterverwerter"  | nein | ja |
| Gelegentlich Appetitmangel  | nein | ja |
| Abwartender Charakter  | nein | ja |
| Sorgfältig, liebt Details | ja | ja |
| Braucht geregeltes Leben | nicht unbedingt | ja |
| Nüchternes Denken  | nicht immer | meistens |
| Wenig Freunde, distanziert  | nein | ja |
| Sitzende Tätigkeit lieber  | nein  | ja |
| Augen, Pupillen  | groß | klein |
| Nase  | breit | schmal |
| Mund | voll | schmal |
| Speichelbildung | eher wenig | eher viel |
| Gesicht | rund | schmal |
| Durchblutung | gut | schlecht |
| Hände  | trocken | feuchtkalt |
| Anzahl: bitte übertragen Sie die Anzahl in die[**Zusammenfassung**](#Zusammenfassung)auf Seite 4-5 |  |  |



Gratulation, Sie haben es geschafft!

Denken Sie bitte unbedingt daran, das Dokument an

patient@naturheilzentrum-breidenbach.de

1-2 Wochen vor Ihrem Termin zu mailen.

Jetzt haben wir gute Voraussetzungen für unsere weitere Arbeit.

Danke für Ihre Mitarbeit.