

# Fragebogen für Männer

Petra Pfaller-Burg, Heilpraktikerin  
Schöner Blick 30  
91207 Lauf a. d. Pegnitz  
Mobil: 0174 4351602  
petrapfaller@gmx.net  
www.naturheilpraxis-pfaller-burg.de

Sehr geehrter Kunde,

heute erhalten Sie den Hormonfragebogen. Ihre Antworten sind Teil der Anamnese und geben mir bereits Hinweise, welche Zusammenhänge oder Ursachen für Ihre Beschwerden und Symptome (mit)verantwortlich sein könnten. Hormonungleichgewichte sind meistens eine Folge von mehreren Ursachen. Bitte nehmen Sie sich Zeit für die Beantwortung.

## **Ablauf:**

Fragebogen ausfüllen und unterschreiben

Per Post oder E-Mail zurückschicken

Der Fragebogen wird von mir ausgewertet und das weitere Vorgehen zeitnah mit Ihnen besprochen

Sollte ein Hormonspeicheltest notwendig sein, werde ich diesen, im Einverständnis mit Ihnen, in Auftrag geben

Vereinbarung eines Beratungstermines

## **Informationen:**

Wenn Sie medizinische Befunde haben, dürfen Sie diese zum Beratungstermin mitbringen.

Zusätzliche Informationen, die Sie wichtig finden, können Sie auf einem Beiblatt hinzufügen.

Die Auswertung des Fragebogens, die Ergebnisse des Besprechungstermins (Anamnese) und wenn erforderlich die Ergebnisse des Hormonspeicheltestes sind Grundlage um ein Ungleichgewicht im Hormonsystem feststellen und einen Behandlungsplan ausarbeiten zu können.

Teil des Behandlungsplanes wird sein, Ihnen sanfte Methoden (u.a. Nahrungsmittel, bioidentische Hormoncremes, Globuli, Pflanzenstoffe) zur Stabilisierung und Regulierung des Hormonsystems zu nennen.

Den Behandlungsplan werde ich im Einzelnen mit Ihnen besprechen und Ihre Fragen beantworten. Sie erhalten eine schriftliche Ausarbeitung.

Wenn ich Empfehlungen an Sie weitergebe (Produkte, Maßnahmen usw.), dann ist das keine absolute Methode, die für jeden ähnlichen Fall automatisch auch Gültigkeit hat.

Bei schweren Hormonmangel müssen manchmal verschreibungspflichtige Medikamente verordnet werden. Teil der Beratung ist selbstverständlich Sie für das Gespräch mit Ihrem behandelnden Arzt vorzubereiten.

## **Kosten:**

Die Beratungszeit (persönlich, telefonisch) wird mit 1,20 € pro Minute abgerechnet. Ich berechne zusätzlich eine Pauschale von 10 € für die Bearbeitung des Fragebogens und der Erarbeitung des Behandlungsplanes.

Die Kosten für den Speicheltest werden direkt mit dem Labor abgerechnet.

Kostenübernahme: Eine (teilweise) Erstattung der Kosten für Heilpraktiker- und Laborrechnungen durch private Krankenversicherungsträger ist möglich. Dies ist abhängig von Ihrem abgeschlossenen Tarif. Bitte klären Sie dies mit Ihrer Krankenversicherung. Die gesetzlichen Krankenkassen erstatten keine Kosten.

**Diese Seite bitte nicht zurückschicken**

Name/ Vorname:		
Adresse:		
Telefonnummer:	E-Mail:	
Geburtsdatum:	Gewicht:	Größe:
Beruf:		
Familienstand:	Kinder:	
Krankenkasse/private Zusatzversicherung:		

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

### ■ Persönliche Geschichte

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

Welche Medikamente müssen Sie öfter oder regelmäßig einnehmen?

Welche Nahrungsergänzungsmittel nehmen Sie regelmäßig ein?

Waren Sie schon einmal wegen der Schilddrüse beim Arzt? ja  nein   
 Welche Diagnose wurde gestellt?

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

Welche Zahnbehandlungen hatten Sie in den vergangenen Jahren?

Wie viele Amalgam-Füllungen haben Sie (ungefähr) noch?

Mit welchen Krankheiten haben Sie in den vergangenen Jahren zu kämpfen gehabt?

Wie empfinden Sie sich gegenüber Infektionskrankheiten? Als anfällig  robust

Was würden Sie als Ihre persönliche Schwachstelle bezeichnen?

Gab es in Ihrem Leben eine Krebsdiagnose? Wenn ja, welche und wann:

Leiden Sie an einer Autoimmunerkrankung? Wenn ja welche?

Wie viele Antibiotika-Behandlungen hatten Sie in der Vergangenheit?

### ■ Thema Hormone:

Welche Hormone werden zur Zeit eingenommen und seit wann?

---

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

---

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

---

■ **Thema Umwelt:**

Benutzen Sie regelmäßig

Pilzsprays (Pflanzen, Badezimmer, Schlafzimmer, bei Fußpilz)? Wenn ja, welche?

---

Schädlingsvernichtungsmittel gegen Läuse, Ameisen oder andere Pflanzenschutzmittel? Welche?

---

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

---

Haben Sie im Beruf regelmäßig zu tun mit Desinfektionsmitteln, Sprays, Schädlingsvernichtung, Reinigungskemikalien, Klebstoffe, Lacke, Abbeize, (Außen-) Farben, Druckertinte, Folien, Plastik etc.

ja \_\_\_\_\_ nein \_\_\_\_\_

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

---

Welche Körperpflegeprodukte benutzen Sie?

---

---

■ **Thema Pubertät und danach**

Welche Symptome hatten Sie als Teenager des Öfteren? (z.B. Akne, Verdauungsbeschwerden, andere Hautprobleme, Asthma)

---

Was haben Sie damals dagegen unternommen?

---

Gab es auffällige Symptome in Ihren Lebensjahren zwischen 20 – 30?

---

■ **Thema soziales Umfeld und Vergangenheit**

Hatten Sie als junger Mensch unter vielen Familienkonflikten zu leiden? Ja \_\_\_\_\_ Nein \_\_\_\_\_

Haben Sie zur Zeit eine Partnerbeziehung? Ja \_\_\_\_\_ Nein \_\_\_\_\_

Empfinden Sie diese als: gut \_\_\_\_\_ vertrauensvoll \_\_\_\_\_ durchschnittlich \_\_\_\_\_ viele Konflikte \_\_\_\_\_

Hatten Sie in jüngster Vergangenheit traumatische Erfahrungen zu verarbeiten?

---

■ **Thema Andropause, ab ca. 45 Lebensjahr**

Welche Veränderungen haben Sie in letzter Zeit festgestellt?

---

Wie alt waren Sie als Sie erste Veränderungen feststellten? \_\_\_\_\_ Jahre

Wann waren Sie das letzte Mal bei der Prostata-Vorsorgeuntersuchung? \_\_\_\_\_

Sind Sie sterilisiert? Ja \_\_\_\_\_ Nein \_\_\_\_\_

■ **Thema Ernährung**

Was beinhaltet Ihr typisches Frühstück?

---

Wieviel Liter Flüssigkeit trinken Sie über den Tag verteilt? \_\_\_\_\_ Liter, hauptsächlich

Wann essen Sie mittags? \_\_\_\_\_ regelmäßig / unregelmäßig

Was beinhaltet Ihr typisches Mittagessen?

---

Was gehört zu Ihrem typischen Abendessen?

---

Wann essen Sie abends: ca. \_\_\_\_\_ Uhr

Benötigen Sie Zwischenmahlzeiten? Ja \_\_\_\_\_ Nein \_\_\_\_\_

■ **Thema Belastung:**

Wie viele Zigaretten rauchen Sie pro Tag? \_\_\_\_\_

Trinken Sie regelmäßig Alkohol? Wenn ja, wie oft und wieviel:

---

Üben Sie Ihren Beruf zur Zeit gerne aus? Ja \_\_\_\_\_ Nein \_\_\_\_\_

Sind Sie z.Z. für die Pflege von Angehörigen verantwortlich? ? Ja \_\_\_\_\_ Nein \_\_\_\_\_

Wie empfinden Sie Ihre momentane seelische Belastung?

Als angemessen, akzeptabel \_\_\_\_\_ zu viel \_\_\_\_\_

Wie empfinden Sie Ihre momentane körperliche Belastung

Als angemessen, akzeptabel \_\_\_\_\_ zu wenig \_\_\_\_\_ zu viel \_\_\_\_\_

Wie empfinden Sie Ihre momentane berufliche Belastung

Als angemessen, akzeptabel \_\_\_\_\_ zu wenig \_\_\_\_\_ zu viel \_\_\_\_\_

Welche Arten der Entspannungsmöglichkeiten nutzen Sie?

---

Welche Art von Fitness oder Bewegung praktizieren Sie regelmäßig?

---

Wie oft in der Woche? \_\_\_\_\_ mal      Wie lange?    je \_\_\_\_\_ Minuten

Haben Sie Verdauungsprobleme? (Blähungen, Sodbrennen, Durchfall, Verstopfung...) Wenn ja, welche?

---

\_\_\_\_\_

Wann gehen Sie abends schlafen?      \_\_\_\_\_ Uhr

Wie viele Stunden schlafen Sie durchschnittlich pro Nacht? \_\_\_\_\_ Stunden

Mit was machen Sie sich hin und wieder eine Freude?

---

Was würden Sie aus Ihrem Leben herausnehmen/ ändern wenn Sie könnten?

---

Was kommt in Ihrem Leben generell zu kurz?

---

In welchem Bereich (Nahrung, Bewegung, Entspannung, Schlaf, Freunde usw.) wäre Ihrer Meinung nach im eigenen Leben Änderung zu allererst nötig?

---

Alle Angaben unterliegen der Schweigepflicht. Hiermit bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben.

Datum: \_\_\_\_\_      Unterschrift: \_\_\_\_\_

<b>Meine Symptomübersicht</b>	<b>Intensität</b>		
	1	2	3
bitte kreuzen Sie aktuelle Symptome an: 1=selten auftretende Symptome, 2=häufig, 3= oft bis dauerhaft			
Kopfweh, Migräne			
Schwindelgefühle			
Kloßgefühl im Hals			
Bindehautentzündung, trockene Augen			
Lichtempfindlichkeit			
Tinnitus, Ohrensausen			
Halskratzen, -entzündungen			
Hauttrockenheit			
Haartrockenheit			
Haarausfall			
Nervosität, innere Unruhe			
Händezittern			
Herzbeschwerden			
Hitzewallungen			
starkes Schwitzen			
Übelkeit, Brechreiz			
Magenbeschwerden			
verminderte Alkoholverträglichkeit			
Heißhunger nach Salzigem			
Heißhunger auf Süßes			
Verstopfung			
Durchfall			
Blasenschwäche			
Schwierigkeiten beim Wasserlassen			
Libidoschwäche			
Rückenziehen, Rückenschmerzen			
Gelenkschmerzen			
Krämpfe in Armen oder Beinen			
Verspannungen			
Schwellungen			
Kribbeln und Taubheitsgefühl in Armen oder Beinen			
Depressive Verstimmungen			
Launen, Überreaktionen			
Vergesslichkeit, Konzentrationsschwäche			
Ängste			
Panikgefühle			
Müdigkeit			
Erschöpfung			
unerklärliche Gewichtszunahme			
unerklärliche Gewichtsabnahme			
häufiges Frieren			
Bluthochdruck			
Blutdruck zu niedrig			
Einschlafprobleme			
Durchschlafprobleme			
Prostatabeschwerden			
Erhöhte Cholesterinwerte			
Infektanfälligkeit			
Neigung zu Entzündungen			
Dünner werdende Augenbrauen			

