

Fragebogen für **Männer**



Petra Pfaller-Burg, Heilpraktikerin
Fachberaterin für natürliche Hormontherapie
Schöner Blick 30, 91207 Lauf a. d. Pegnitz
Tel: 09123/840200 Mobil: 0174/4351602
petrapfaller@gmx.net
www.naturheilpraxis-pfaller-burg.de

Wichtige Information für Ihre Beratung

Sehr geehrter Kunde,

mir ist es ein Anliegen, dass ich Ihnen auf Ihrem Weg bzgl. Ihrer Hormonfragen ein Stück weiter helfen kann. Über manche Frage mögen Sie sich vielleicht wundern oder peinlich berührt sein. **Sie müssen nicht jede Frage beantworten!** Ihre Antworten können mir aber wesentliche Hinweise darauf geben, welche Zusammenhänge oder Ursachen für Ihre Symptome (mit)verantwortlich sein könnten. **Hormonprobleme sind meistens eine Folge von mehreren Ursachen!** Gleichzeitig sollen die Fragen anregen, über bestimmte Punkte im Leben nachzudenken, die vielleicht lange verdrängt oder vernachlässigt wurden. Nutzen Sie die Chance zum „Aufräumen“ und Verarbeiten! Das Gleichgewicht unserer Hormone ist abhängig vom Gleichgewicht unseres Lebens!

Hier noch ein paar wichtige Hinweise:

- Mit einem beantworteten Fragebogen kann Beratungszeit gespart werden. Bitte nehmen Sie sich deshalb für die Beantwortung Zeit. Je besser Sie sich vorbereiten, umso günstiger wird die Beratung.
- Die Auswertung des Fragebogens und die Ergebnisse des persönlichen Besprechungstermins (Variante 1) oder die Auswertung des Fragebogens und die Ergebnisse des Speicheltestes (Variante 2) sind Grundlage um ein Ungleichgewicht im Hormonsystem feststellen und einen Behandlungsplan ausarbeiten zu können.
- Ist ein Speicheltest notwendig, werde ich diesen, im Einverständnis mit Ihnen, in Auftrag geben.
- Ein wesentlicher Teil des Behandlungsplanes wird sich um die Fragen drehen: Welche einfachen Hilfen können Sie zu Hause anwenden, welche Symptom-Verstärker können ausgeklammert werden und welches natürliche Hormonpräparat (Creme, Globuli, Heilpflanzen etc.) benötigen Sie?
- Dies werde ich im Einzelnen mit Ihnen persönlich oder telefonisch besprechen. Sie erhalten eine schriftliche Ausarbeitung.
- Wenn Sie Labor-Test-Berichte haben bitte mitschicken (ausschließlich als Kopie beilegen).
- Sicherheitshalber eine Kopie vom ausgefüllten Fragebogen anfertigen, falls Ihre Post verloren geht. Wenn ich bestimmte Produkte und Firmen empfehle, dann habe ich keinen finanziellen Anteil an deren Umsatz oder Verkauf. Wenn ich Erfahrungen weitergebe (mit bestimmten Produkten, Maßnahmen usw.), dann ist das keine absolute Methode, die für jeden ähnlichen Fall automatisch auch Gültigkeit hat. Info:! Um Speicheltests für alle zu ermöglichen und sie individuell gestalten zu können gründete die Hormonselbsthilfe eine eigene Firma (Censa)! Die eigentliche Testung geschieht in einem von der Hormonselbsthilfe unabhängigen Labor.
- Bei schweren Hormonmangel müssen manchmal verschreibungspflichtige Medikamente verordnet werden. Teil der Beratung ist selbstverständlich Sie für das Gespräch mit Ihrem behandelnden Arzt vorzubereiten.
- Nach 2 bis 3 Monaten sollte eine Anwendungskontrolle der Hormone mittels Speicheltest erfolgen.

Ablauf:

1. Fragebogen ausfüllen
2. unterschreiben (S. 5 unten)
3. per Post oder Email an obige Adresse zurückschicken.
4. Telefontermin oder Beratungstermin mit mir

Kosten:

Die Beratungszeit/Besprechung wird mit 1 € pro Minute abgerechnet.

1. Variante: Auswertung des Fragebogens und die Erstellung eines Behandlungsplanes pauschal 40 €, plus Beratungszeit
2. Variante: Auswertung Fragebogen und Speicheltest, Erstellung des Behandlungsplanes pauschal 60 €, plus Beratungszeit

Die **Kosten für den Speicheltest** werden direkt mit dem Labor abgerechnet. Eine (teilweise) Erstattung der Kosten durch private Krankenversicherungsträger kann erfolgen. Dies ist abhängig vom abgeschlossenen Tarif. Die gesetzlichen Krankenkassen erstatten leider nicht.

Bitte diese Seite nicht zurückschicken!

Fragebogen für Männer

Name/Vorname: _____

Adresse: _____ Telefonnummer: _____

Geburtsdatum _____ jetziges Alter _____ Gewicht _____ kg Größe _____ cm

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

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

■ Persönliche Geschichte

» Welche Medikamente müssen Sie öfter oder regelmäßig einnehmen?

» Waren Sie schon einmal wegen der **Schilddrüse** beim Arzt? ja nein

» Welche Diagnose wurde 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?» Wie viele **Antibiotika** – Behandlungen hatten Sie in der Vergangenheit? _____.

» Welche Zahnbehandlungen hatten Sie in den vergangenen Jahren?

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

» Welche Form der Entgiftung haben Sie durchgeführt? _____.

» Mit welchen **Krankheiten** haben Sie in den vergangenen Jahren zu kämpfen gehabt?» Wie empfinden Sie sich gegenüber **Infektionskrankheiten**? Als anfällig robust» Welches Körperteil würden Sie als Ihre **persönliche Schwachstelle** bezeichnen?» Gab es in Ihrem Leben eine **Krebsdiagnose**? In welchem Organ?» 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? _____

■ Thema Umwelt:

Benutzen Sie in den letzten 2 Jahren

» **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, Verbrennung, sonstiges _____.

» Wohnen Sie in der Nähe von einem Funkmasten? _____.

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

» Welche **Hautcremes** benutzen Sie?

» Welche **Gesichtsseife, Körperseife, Kosmetika** benutzen Sie?

» Welche **Zahnpasta** verwenden Sie? _____.

» Welches **Deo** verwenden Sie? _____.

Wie oft gehen Sie monatlich ins Solarium _____ Schwimmbad _____ Sauna _____.

■ Thema Pubertät und danach

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

» 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 seinem 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 zur Zeit eine **Partnerbeziehung**? _____.

» Empfinden Sie diese als: gut ____, vertrauensvoll ____ durchschnittlich ____, viele Konflikte ____, ausweglos ____ die reinste Hölle ____

» Würde Ihnen aus Ihrer Sicht momentan eine **Konflikthilfe** gut tun? _____.

» Hatten Sie in jüngster Vergangenheit schreckliche Erfahrungen zu verarbeiten?

Haben Sie zu Hause die Möglichkeit sich zurückzuziehen? _____.

» Haben Sie eine **Gruppe** ____ Hauskreis ____ Gemeinde ____ wo Sie sich getragen wissen? _____.

» Auf wie viele **Freunde**, Menschen können Sie sich vermutlich in 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? _____ Jahre

» Merken Sie Unterbrechungen oder eine „Bremse“ beim Urinstrahl? _____.

» Wann waren Sie das letzte Mal bei der Prostata-Vorsorgeuntersuchung? _____.

Ergebnis?: _____.

» Haben Sie spürbar **trockene Haut**? _____ Wo besonders? _____.

» Haben Sie mit unerklärlichem Schwitzen zu kämpfen?? _____.

» Macht Ihnen Sex im Gegensatz zu früher weniger Spaß?

» Mein **Blutdruck** ist im Allgemeinen zu hoch _____ zu niedrig _____.

» Wie hoch ist Ihr Cholesterinspiegel? _____.

■ Thema Ernährung

» Was beinhaltet Ihr typisches **Frühstück**? _____.

» Was und wieviel trinken sie morgens? _____.

» Wieviel Liter Flüssigkeit trinken Sie über den Tag verteilt? _____ Liter, hauptsächlich _____.

» Wann essen Sie mittags? _____ regelmäßig / unregelmäßig

» Schnellimbiss ____ Selbst kochen ____ Kantine ____ Brote ____ Früchte ____ Salat _____.

» Haben Sie am Vormittag eine regelmäßige Zwischenmahlzeit? Was _____.

» Haben Sie oft Heißhunger auf Süßes? _____.

» Sind Sie ein Liebhaber von Kuchen, Schoko und Süßem? _____ Was? _____.

» Was essen Sie sonst am Nachmittag? _____.

» Was gehört zu Ihrem typischen **Abendessen**?

» Wann essen Sie abends: ca. _____ Uhr

» Welche **Vitamine** ergänzen Sie pro Tag durch Tabl.? _____ Stück _____.

» Welche **Mineral -Tabletten** nehmen Sie pro Tag? _____ Stück _____.

» Welche sonstigen **Nahrungsergänzungen** nehmen Sie zu sich?

Johanniskraut ____ Knoblauch _____ Meeresalgen _____ Kürbisöl ____ sonstiges _____.

■ Thema Belastung:

» Wieviele Zigaretten rauchen Sie pro Tag? _____.

» Üben Sie Ihren Beruf z.Z. 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 **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?

» 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 **Bettgehzeit**? _____ Uhr
 - » Können Sie gut **einschlafen**? _____ Durchschlafen? _____ .
 - » Wie viele Stunden schlafen Sie durchschnittlich pro Nacht? _____ Stunden
 - » Wann wachen Sie an Werktagen auf? ca. _____ Uhr
 - » Stehen Sie zur Zeit gerne auf? Ja _____ / na ja _____ / 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 (Nahrung, Bewegung, Entspannung, Schlaf, Freunde usw.) wäre Ihrer Meinung nach im eigenen Leben Änderung zu allererst nötig?

Verdauungssystem:

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

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

Datum _____

Unterschrift _____

Meine Symptomübersicht

	Intensität			Wochen		
	X	XX	XXX	1-6	7-15	16-30
1. Kopfweg, 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 mit 1 – 3 Kreuzchen in die jeweiligen Spalten, wie oft sie von dem Symptom betroffen sind. Wenn Sie darüber hinaus bestimmte Symptome einem längeren Zeitintervall zuordnen können, dies ebenso eintragen.

X = hin und wieder;
XX = öfter, regelmäßig in Phasen;
XXX = sehr häufiges, wesentliches Problem, sehr stark