

**Dr. med. Wolfgang Dierkes**

Akupunktur • Immunmodulation • Schmerztherapie

Volksgartenstraße 246  
41065 Mönchengladbach

Telefon 02161/407974-0  
Fax 02161/407974-74

www.in-balance.de  
info@in-balance.de

**in balance**



Natürlich heilen. Die sanfte Therapie  
nach dem Bauplan der Natur.

## Schmerz-Fragebogen

- bitte füllen Sie den Fragebogen sorgfältig aus -

Lieber Patient!

Sie werden auf den folgenden Seiten eine Reihe von Fragen finden. Diese sind zur Ursachenerkennung und zur Auswahl der Behandlung von besonderer Wichtigkeit. Bitte versuchen Sie deshalb, alle Fragen sorgfältig zu beantworten.

Bitte schicken Sie den Fragebogen noch vor Ihrem Besuchstermin ausgefüllt an **Herrn Dr. Wolfgang Dierkes, Mönchengladbach.**

Name .....

Vorname .....

Geburtsdatum .....

Straße .....

Wohnort .....

Telefonnummer .....

Krankenkasse .....

Beruf mit genauer Angabe der ausgeübten Tätigkeit

.....

.....

.....

Name und Adresse des überweisenden Arztes

.....

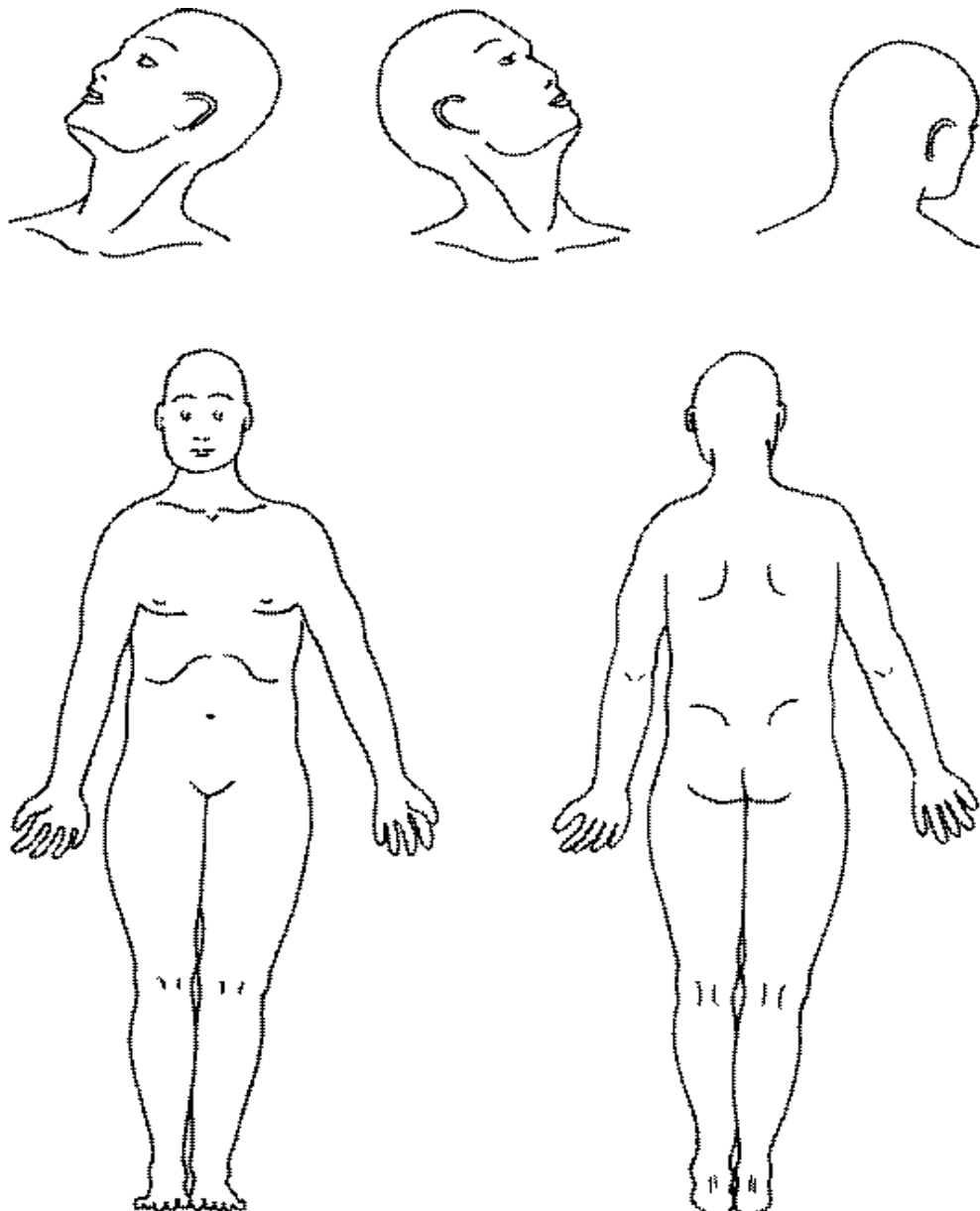
.....

.....

## A. Schmerzlokalisierung

1. Wo sind Ihre Schmerzen lokalisiert? Bitte zeichnen Sie im nachstehenden Körperschema ein, an welchen Körperteilen Ihre Schmerzen auftreten. Zur Kennzeichnung verwenden Sie bitte folgende Zeichen:

- Ein *Kreuz*, wenn der Schmerz eng umgrenzt bzw. punktförmig auftritt und Sie diese Körperstelle genau angeben können.
- Umgrenzen Sie den ungefähren Auftretensort mit einer *Linie*, wenn der Schmerz eher unklar lokalisiert ist,
- Falls Sie an mehreren Körperstellen Schmerzen verspüren, kennzeichnen Sie diese Orte entsprechend und schreiben Sie bitte eine 1 an den Ort, an dem der Schmerz am stärksten ist.
- Falls der Schmerz in andere Körpergebiete ausstrahlt, kennzeichnen Sie dies mit einem *Pfeil*.



**2. Befindet sich der Schmerz immer an der gleichen Körperstelle oder wandert er?**

- ☐ immer am gleichen Ort
- ☐ wandert meist umher
- ☐ der Schmerz wechselt von einer Körperhälfte zur anderen
- ☐ die Schmerzen können prinzipiell an jeder Körperstelle auftreten

**3. Wo tritt der Schmerz auf:**

- ☐ eher tiefliegend, im Körperinneren
- ☐ eher oberflächlich, in Hautnähe
- ☐ sowohl tiefliegend als auch in Hautnähe

**4. Strahlt der Schmerz aus?**

- ☐ vom Kopf in die Nacken- und Schulterregion
- ☐ vom Nacken über den Hinterkopf zur Stirn und Schläfen
- ☐ vom Hals in den rechten Arm
- ☐ vom Hals in den linken Arm
- ☐ vom Rücken in das rechte Bein
- ☐ vom Rücken in das linke Bein

**5. Falls Sie an Kopfschmerzen leiden: Welche Aussagen treffen für Sie zu?**

- ☐ ich habe oft einen dumpfen Druck im gesamten Kopf
- ☐ ich habe einen ständigen dumpfen Druck im gesamten Kopf
- ☐ ich habe oft einen dumpfen Druck im gesamten Kopf *und* zusätzlich einzelne, meist pulsierende Kopfschmerzanfälle
- ☐ ich habe immer einen dumpfen Druck im gesamten Kopf *und* zusätzlich einzelne, meist pulsierende Kopfschmerzanfälle

## B Intensität

6. Bitte geben Sie mit Hilfe der abgebildeten Skala an, welche Intensität Ihr Schmerz im allgemeinen hat. Stellen Sie dazu zuerst fest, in welchen Bereich der Skala Ihr Schmerz gehört, in den sehr schwachen, schwachen, mittleren, starken oder sehr starken. Innerhalb des Bereiches haben Sie die Möglichkeit feiner einzuteilen; dazu brauchen Sie nur die passende Zahl anzukreuzen.

51	.....
50	
49	
48	
47	
46	sehr starker Schmerz
45	
44	
43	
42	
41	.....
40	
39	
38	
37	
36	starker Schmerz
35	
34	
33	
32	
31	.....
30	
29	
28	
27	
26	mittlerer Schmerz
25	
24	
23	
22	
21	.....
20	
19	
18	
17	
16	schwacher Schmerz
15	
14	
13	
12	
11	.....
10	
9	
8	
7	
6	sehr schwacher Schmerz
5	
4	
3	
2	
1	
0	.....
	kein Schmerz

## C Zeitlicher Verlauf

### 7. Seit wann leiden Sie unter Schmerzen?

- ☐ seit weniger als 1 Monat
- ☐ seit 1 bis 2 Monaten
- ☐ seit 2 bis 4 Monaten
- ☐ seit 4 bis 6 Monaten
- ☐ seit 6 bis 12 Monaten
- ☐ seit 1 bis 2 Jahren
- ☐ seit 2 bis 5 Jahren
- ☐ länger als 5 Jahre, ungefähr \_\_\_\_\_ Jahre

### 8. Wie häufig leiden Sie unter Schmerzen?

- ☐ ständig

Wie oft pro Tag, falls Schmerzen täglich mehrmals auftreten?

- ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ \_\_\_\_\_ mal
- 1 2 3 4 5 6 7 8 9

An wie vielen Tagen pro Woche, falls der Schmerz nicht täglich auftritt?

- ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ \_\_\_\_\_ mal
- 1 2 3 4 5 6 7

An wie vielen Tagen pro Monat, falls der Schmerz nicht jede Woche auftritt?

- ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ \_\_\_\_\_
- 1 2 3 4 5 6 7 8-14 >15

An wieviel Tagen pro Jahr, falls der Schmerz nicht jeden Monat auftritt?

- ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ \_\_\_\_\_ mal
- 1 2 3 4 5 6 7

### 9. Wie beginnen Ihre Schmerzen normalerweise?

- ☐ plötzlich, blitzartig
- ☐ langsam stärker werdend, einschleichend
- ☐ sind ständig vorhanden

### 10. Wie gestaltet sich der Schmerzverlauf normalerweise?

- ☐ kurze, blitzartige Schmerzverläufe
- ☐ die Schmerzintensität ändert sich ständig in kurzen Abständen, ist eher pulsierend und pochend
- ☐ die Schmerzintensität besitzt einen eher gleichmäßigen, dumpfen Verlauf
- ☐ ein typischer Verlauf kann nicht angegeben werden

**11. Falls die Schmerzen wiederkehrend auftreten, wie lange dauern die Schmerzphasen in der Regel an?**

- |                                     |                                     |  |                                |
|-------------------------------------|-------------------------------------|--|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> bis 10 Min | <input type="checkbox"/> bis 30 Min | <input type="checkbox"/> 1 Std                           | <input type="checkbox"/> 2 Std |
| <input type="checkbox"/> 3Std       | <input type="checkbox"/> 4Std       | <input type="checkbox"/> mehr als 4 Std<br>etwa ____ Std |                                |

**12. Zu welcher Tageszeit treten Ihre Schmerzen im allgemeinen auf?**

- ☐ die Schmerzen treten wechselhaft auf und sind von der Tageszeit unabhängig
- ☐ die Schmerzen treten eher zu bestimmten Tageszeiten auf.
- ☐ Falls dies der Fall sein sollte, tragen Sie bitte zu den entsprechenden Zeiten in das untenstehende Stundenschema Kreuzchen ein:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12 Uhr
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24 Uhr

**13. Wurden Ihre Schmerzen beim ersten Auftreten durch ein besonderes Ereignis hervorgerufen, wie z.B.:**

- ☐ Unfall
- ☐ Operation
- ☐ Amputation
- ☐ berufliche Veränderung
- ☐ etwas anderes, nämlich .....
- ☐ ein besonderes Ereignis ist mir nicht bekannt

**D Charakter**

**14. Welchen Charakter hat Ihr Schmerz am ehesten?**

- |  |                                     |
|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> schneidend  | <input type="checkbox"/> stechend   |
| <input type="checkbox"/> pulsierend  | <input type="checkbox"/> scharf     |
| <input type="checkbox"/> dumpf   | <input type="checkbox"/> drückend   |
| <input type="checkbox"/> reißend   | <input type="checkbox"/> ziehend    |
| <input type="checkbox"/> hämmernd  | <input type="checkbox"/> bohrend    |
| <input type="checkbox"/> klopfend  | <input type="checkbox"/> blitzartig |
| <input type="checkbox"/> krampfartig   | <input type="checkbox"/> brennend   |
| <input type="checkbox"/> der Schmerzcharakter kann nicht klar beschrieben werden |                                     |

**15. Hat sich der Auftretensort oder der Charakter des Schmerzes in letzter Zeit geändert?**

- ☐ nein
- ☐ ja. Wenn ja, wie? .....

**E Begleiterscheinungen**

**16. Wird der Schmerz von bestimmten Ereignissen begleitet?**

- ☐ Hautrötung
- ☐ Hautblässe
- ☐ Schwellung
- ☐ Berührungsempfindlichkeit
- ☐ vermehrte Schweißbildung
- ☐ verringerte Schweißbildung
- ☐ Mißempfindungen. Wenn ja, wo? .....
- ☐ Gefühlsstörungen. Wenn ja, wo? .....
- ☐ Tränenfluß
- ☐ Augenrötung
- ☐ Änderung der Pupillenweite
- ☐ Doppeltsehen
- ☐ vorübergehende Sehstörungen
- ☐ Schielen
- ☐ Augenmuskellähmungen
- ☐ Erblindung eines Auges
- ☐ Lichtüberempfindlichkeit
- ☐ Zick-Zack-Linien im Gesichtsfeld
- ☐ Geräuschüberempfindlichkeit
- ☐ Sprachstörungen
- ☐ behinderte Nasenatmung
- ☐ Unsicherheit beim Gehen
- ☐ Bewegungseinschränkungen
- ☐ Muskelschwäche, wenn ja, wo? .....
- ☐ Muskellähmungen, wenn ja, wo? .....
- ☐ Durchfall
- ☐ Harndrang
- ☐ Erbrechen
- ☐ Müdigkeit
- ☐ Schwindel
- ☐ Bewußtlosigkeit
- ☐ Nein, bestimmte Begleitreaktionen bestehen nicht

**17. Wann treten diese Begleitereignisse auf und wie lange bestehen sie?**

Die Begleitereignisse

- ☐ entwickeln sich vollständig innerhalb 4 Minuten bevor die Schmerzen beginnen.
- ☐ entwickeln sich in 5-20 Minuten bevor die Schmerzen beginnen und bestehen eine Stunde, dann schließen sich die Schmerzen an.
- ☐ entwickeln sich mit den Schmerzen und klingen mit diesen ab.
- ☐ entwickeln sich mit den Schmerzen und bleiben länger als diese bestehen.
- ☐ treten erst nach Beendigung der Schmerzen auf.
- ☐ die Begleitsymptome entwickeln sich vor Schmerzbeginn und dauern länger als eine Stunde bis maximal eine Woche an.
- ☐ die Begleitsymptome entwickeln sich vor Schmerzbeginn und dauern länger als eine Woche an.
- ☐ wenn anders, wie ? .....

**18. Leidet ein Verwandter 1. Grades an ähnlichen Schmerzen wie Sie und bestehen ähnliche Begleitsymptome**

- ☐ nein
- ☐ ja. Wenn ja, wer? .....
- Welche Schmerzen? .....
- Welche Begleitsymptome? .....

**19. Hatten Sie in Ihrer Kindheit häufiger folgende Beschwerden?**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Unwohlsein   | <input type="checkbox"/> Erbrechen                            |
| <input type="checkbox"/> Bauchweh   | <input type="checkbox"/> Kopfweg                              |
| <input type="checkbox"/> Schwindel  | <input type="checkbox"/> Angstgefühl                          |
| <input type="checkbox"/> Atemnot  | <input type="checkbox"/> Augenflimmern                        |
| <input type="checkbox"/> Reisekrankheit                                     | <input type="checkbox"/> leichtes Schwitzen, Schweißausbrüche |
| <input type="checkbox"/> Wenn andere, welche? .....                         |   |
| <input type="checkbox"/> Nein, keine häufigeren Beschwerden in der Kindheit |   |

**20. Wenn Sie Kinder haben, leiden diese häufiger unter folgenden Beschwerden?**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Unwohlsein   | <input type="checkbox"/> Erbrechen                            |
| <input type="checkbox"/> Bauchweh   | <input type="checkbox"/> Kopfweg                              |
| <input type="checkbox"/> Schwindel  | <input type="checkbox"/> Angstgefühl                          |
| <input type="checkbox"/> Atemnot  | <input type="checkbox"/> Augenflimmern                        |
| <input type="checkbox"/> Reisekrankheit                                       | <input type="checkbox"/> leichtes Schwitzen, Schweißausbrüche |
| <input type="checkbox"/> Wenn andere, welche? .....                           |   |
| <input type="checkbox"/> Nein, die Kinder haben keine häufigeren Beschwerden. |   |



**21. Welche Ereignisse können Ihre Schmerzen verschlimmern?**

- ☐ körperliche Betätigung; wenn ja, welche? .....
- ☐ Ruhe
- ☐ bestimmte Jahreszeiten; wenn ja, welche? .....
- ☐ Wetterlage; wenn ja, welche? .....
- ☐ bestimmte Nahrungsmittel; wenn ja, welche? .....
- ☐ bestimmte Genußmittel; wenn ja, welche? .....
- ☐ bestimmte Medikamente; wenn ja, welche? .....
- ☐ Monatsblutung
- ☐ unbequeme Kopf- oder Körperhaltung
- ☐ seelische Belastungen; wenn ja, welche? .....
- ☐ anderes; und zwar? .....
- ☐ keine, die Schmerzen sind von äußeren Einflüssen unabhängig

**22. Beobachten Sie einen Zusammenhang zwischen dem Auftreten der Schmerzen und**

- ☐ zu langem Schlaf
- ☐ zu kurzem Schlaf
- ☐ Feierabend
- ☐ Wochenende
- ☐ Urlaub
- ☐ Verzehr von Molkereiprodukten
- ☐ Verzehr von Schokolade
- ☐ Verzehr von Zitrusfrüchten
- ☐ Hunger
- ☐ Übersättigung
- ☐ Verzehr stark gewürzter Speisen
- ☐ Hektik und Streß
- ☐ Ärger im Beruf
- ☐ Ärger in der Familie
- ☐ anderem, nämlich .....

**23. Welche Bedingungen können Ihre Schmerzen lindern?**

- ☐ körperliche Betätigung; wenn ja, welche? .....
- ☐ Arbeit; wenn ja, welche? .....
- ☐ Urlaub
- ☐ Wochenende
- ☐ körperliche Ruhe
- ☐ gesellige Veranstaltungen, Besuch von Bekannten usw.
- ☐ anderes und zwar .....
- ☐ keine, die Schmerzen sind von äußeren Einflüssen unabhängig

**24. DIESE FRAGE IST NUR VON FRAUEN AUSZUFÜLLEN:**

Wann war Ihre erste Monatsblutung? .....

Haben Sie noch eine regelmäßige Monatsblutung?

- ☐ ja  
☐ nein

Wann war Ihre letzte Regelblutung? .....

Sind Ihre Schmerzen

- ☐ vor der Monatsblutung häufiger  
☐ vor der Monatsblutung seltener  
☐ während der Monatsblutung häufiger  
☐ während der Monatsblutung seltener  
☐ nach der Monatsblutung häufiger  
☐ nach der Monatsblutung seltener  
☐ unabhängig von der Monatsblutung

Falls Sie schwanger waren, waren Ihre Schmerzen in dieser Zeit

- ☐ häufiger  
☐ seltener  
☐ stärker  
☐ schwächer  
☐ unabhängig von der Schwangerschaft

Falls Sie die Pille nehmen: Haben Sie eine Änderung Ihrer Schmerzen dadurch bemerkt?

- ☐ nein  
☐ ja. Wenn ja, welche? .....

Haben Sie eine Unterleibsoperation hinter sich?

- ☐ nein  
☐ ja. Wenn ja, welche? .....

**25. Beeinträchtigen die Schmerzen Ihre gesellschaftlichen bzw. beruflichen Betätigungen?**

- ☐ nein  
☐ teilweise  
☐ sehr, besonders .....

26. Bitte beschreiben Sie möglichst genau die Situation und den Ablauf der letzten Schmerzattacke (wann, wo, was geschah, was haben Sie gemacht, wie haben andere reagiert?)!

.....

.....

.....

27. Sind Sie Rechts- oder Linkshänder?

- ☐ Rechtshänder
- ☐ Linkshänder
- ☐ ein deutlich bevorzugter Gebrauch einer Hand besteht bei mir nicht.

28. Welche Genußmittel gebrauchen Sie?

- ☐ Alkohol; wenn ja, was und wieviel? .....
- ☐ Nikotin; wenn ja, was und wieviel? .....
- ☐ Kaffee
- ☐ sonstige Drogen; wenn ja, was und wieviel? .....

29. Leiden Sie unter einer der folgenden Krankheiten?

- ☐ Herzerkrankungen
- ☐ Nerven- oder Gemütsleiden
- ☐ Unfall mit Kopfverletzung
- ☐ Kreislauf- oder Gefäßerkrankungen
- ☐ Lungen- oder Atemwegserkrankungen
- ☐ Lebererkrankungen
- ☐ Magen-Darm-Erkrankungen
- ☐ Nierenerkrankungen
- ☐ Stoffwechsel- oder Hormonerkrankungen
- ☐ Erkrankungen des Skelettsystems

30. Bei welchen Berufsgruppen haben Sie sich bereits wegen der Schmerzen behandeln lassen und wie oft?

- |   |          |  |           |
|---|----------|--|-----------|
| <input type="checkbox"/> Akupunkteur    | .... mal | <input type="checkbox"/> Allergologe           | ..... mal |
| <input type="checkbox"/> Allgemeinarzt  | .... mal | <input type="checkbox"/> Anästhesiologe        | .... mal  |
| <input type="checkbox"/> Apotheker      | .... mal | <input type="checkbox"/> Augenarzt             | .... mal  |
| <input type="checkbox"/> Bademeister    | .... mal | <input type="checkbox"/> Kardiologie           | .... mal  |
| <input type="checkbox"/> Chiropraktiker | .... mal | <input type="checkbox"/> Chirurg               | .... mal  |
| <input type="checkbox"/> Endokrinologe  | .... mal | <input type="checkbox"/> Frauenarzt            | .... mal  |
| <input type="checkbox"/> Geistheiler    | .... mal | <input type="checkbox"/> Hals-Nasen-Ohren-Arzt | .... mal  |

<input type="checkbox"/> Hautarzt	.... mal	<input type="checkbox"/> Heilpraktiker	.... mal
<input type="checkbox"/> Hypnotiseur	.... mal	<input type="checkbox"/> Internist	.... mal
<input type="checkbox"/> Kinderarzt	.... mal	<input type="checkbox"/> Krankengymnast	.... mal
<input type="checkbox"/> Krankenschwester	.... mal	<input type="checkbox"/> Lungenarzt	.... mal
<input type="checkbox"/> Masseur	.... mal	<input type="checkbox"/> Mund-Kiefer-Gesichtschirurg	
<input type="checkbox"/> Naturheilkundler	.... mal	<input type="checkbox"/> Nervenarzt	.... mal
<input type="checkbox"/> Neurologe	.... mal	<input type="checkbox"/> Neurochirurg	.... mal
<input type="checkbox"/> Onkologe	.... mal	<input type="checkbox"/> Orthopäde	.... mal
<input type="checkbox"/> Proktologe	.... mal	<input type="checkbox"/> Priester	.... mal
<input type="checkbox"/> Psychiater	.... mal	<input type="checkbox"/> Psychologe	.... mal
<input type="checkbox"/> Psychotherapeut	.... mal	<input type="checkbox"/> Radiologe	.... mal
<input type="checkbox"/> Rheumatologe	.... mal	<input type="checkbox"/> Sozialarbeiter	.... mal
<input type="checkbox"/> Urologe	.... mal	<input type="checkbox"/> Zahnarzt	.... mal

### 31. Wo und wie wurden Ihre Schmerzen bereits behandelt?

Bitte geben Sie den Namen des Arztes (evtl. auch des Heilpraktikers usw.), die Behandlungsart (z.B. Medikament, Massage, usw.) sowie die Behandlungszeit (Jahr, Dauer) an:

1. ....
2. ....
3. ....
4. ....
5. ....
6. ....

(sollten Sie mehr Platz brauchen, verwenden Sie bitte ein extra Blatt)

### 32. Mußten Sie wegen der Schmerzen in einem Krankenhaus stationär behandelt werden?

- ☐ nein
- ☐ ja. Wenn ja, wo, wann, was wurde unternommen?

.....

.....

.....

.....

**33. Erhalten Sie finanzielle Hilfen wegen der Schmerzen?**

- ☐ nein
- ☐ Krankengeld: seit ..... bis .....
- ☐ Rente / Pension: seit ..... bis .....
- ☐ Arbeitslosengeld: seit ..... bis .....
- ☐ andere Versicherungsleistungen: Welche.....  
seit ..... bis .....
- ☐ bis jetzt noch nicht, ich beabsichtige aber Hilfen zu beantragen oder habe solche bereits beantragt

**34. Haben Sie bereits Medikamente gegen die Schmerzen eingenommen?**

- ☐ Nein
- ☐ Ja, und zwar:

**Name**

### ***Dosis***

**Seit wann oder wie lange?**

1. ....
2. ....
3. ....
4. ....
5. ....
6. ....

(bitte extra Blatt benutzen, falls der Platz nicht ausreicht)

**35. Haben diese Medikamente geholfen?**

- ☐ Nein, überhaupt nicht
- ☐ nur kurzfristig
- ☐ Ja

**36. Erfordern Ihre Schmerzen, daß Sie immer häufiger Schmerzmittel einnehmen müssen?**

- ☐ ja  
☐ nein

**37. Beobachten Sie unerwünschte Nebenwirkungen dieser Medikamente?**

- ☐ nein
- ☐ ja. Wenn ja, welche?

.....

.....

.....

**38. Welche anderen Medikamente nehmen Sie ein?**

- ☐ Keine  
☐ Ja, und zwar:

	<b>Name</b>	<b>Dosis</b>	<b>Seit wann oder wie lange?</b>
1.	.....		
2.	.....		
3.	.....		
4.	.....		
5.	.....		
6.	.....		

(bitte extra Blatt benutzen, falls der Platz nicht ausreicht)

Falls etwas wesentliches über Ihre Schmerzen bisher nicht gefragt wurde, beschreiben Sie dies bitte nachfolgend:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**39. Bitte beantworten Sie nun folgende Fragen zu Ihrem Allgemeinbefinden**

Gewicht: ..... kg                      Körpergröße: .....cm

Haben Sie in letzter Zeit zu- oder abgenommen?

- ☐ Zunahme ..... kg  
☐ Abnahme ..... kg  
☐ Gewicht blieb konstant

**Kreuzen Sie nun jeweils an, wie stark die folgenden Beschwerden bei Ihnen gegeben sind:**

	<i><b>stark</b></i>	<i><b>mäßig</b></i>	<i><b>kaum</b></i>	<i><b>gar nicht</b></i>
1. Kreuz- oder Rückenschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Überempfindlichkeit gegen Wärme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Überempfindlichkeit gegen Kälte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Kurzatmigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Stiche, Schmerzen oder Ziehen in der Brust	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Kloßgefühl, Enge oder Würgen im Hals	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Starkes Schwitzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Schweregefühl in den Beinen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Unruhe in den Beinen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Nacken- oder Schulterschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Schwindelgefühl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Übermäßiges Schlafbedürfnis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Schlaflosigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Kopfschmerzen bzw. Druck im Kopf oder Gesichtsschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Erstickungsgefühl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Appetitlosigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Herzklopfen, Herzjagen oder Herzstolpern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Verstopfung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Mangel an geschlechtlich. Erregbarkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Taubheitsgefühl (Brennen oder Kribbeln)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Störungen beim Wasserlassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Geschwollene Beine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Blut im Stuhl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Anfallsweise Atemnot	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Neigung zum Weinen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Gelenk- oder Gliederschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Mattigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Übelkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Grübeleien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Innere Unruhe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Schwächegefühl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Schluckbeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		<i><b>stark</b></i>	<i><b>mäßig</b></i>	<i><b>kaum</b></i>	<i><b>gar nicht</b></i>
33.	Leibschmerzen (einschließlich Magen- oder Unter leibsschmerzen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34.	Kalte Füße	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35.	Frieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36.	Trübe Gedanken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37.	Chronischer Husten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38.	Durchfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39.	Juckreiz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40.	Reizbarkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41.	Zittern				
42.	Druck-oder Völle- gefühl im Leib	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43.	Gleichgewichts- störungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44.	Angstgefühl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45.	Konzentrations- schwäche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46.	Innere Gespanntheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47.	Müdigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48.	Schluckauf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49.	Aufsteigende Hitze, Hitzewallungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50.	Energielosigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51.	Rasche Erschöpf- barkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
52.	Heißhunger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
53.	Vergeßlichkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
54.	Ohnmachtsanfälle oder andere Anfälle von Bewußtlosigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
55.	Berufliche oder private Sorgen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
56.	Unverträglichkeit bestimmter Speisen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
57.	Bei Frauen: Regelbeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
58.	Sodbrennen oder saures Aufstoßen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
59.	Leichtes Erröten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
60.	Gewichtsabnahme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
61.	Starker Durst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
62.	Sehstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
63.	Lebensmüdigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
64.	Erbrechen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
65.	Hautveränderungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>