

Dieser Fragebogen dient der Einschätzung Ihres persönlichen HPU Risikos. Auf Basis Ihrer Antworten kann entschieden werden, ob weitere Untersuchungen sinnvoll sind. Bitte kommen Sie mit dem ausgefüllten Fragebogen in die Apotheke Mühlau, wir werten das Ergebnis mit Ihnen gemeinsam aus. Um genügend Zeit für ein eingehendes Gespräch reservieren zu können, ersuchen wir Sie um Terminvereinbarung unter 0512 / 26 77 15.

ZUTREFFENDES BITTE ANKREUZEN

HORMONELLE REGULATION

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

CHARAKTER

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

GELENKPROBLEME

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

SONNENLICHTEMPFLINDLICHKEIT

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

ALLERGIEN

- Ich leide/litt unter Heuschnupfen (kratzende Augen, laufende oder verstopfte Nase) im Sommer
- Ich habe Probleme mit Hausstaub, Milben, kratzenden Augen, laufender oder verstopfter Nase im Winter
- Ich habe/hatte chronische HNO-Beschwerden (Hals, Nase und Ohren)
- Ich habe/hatte Atemwegsbeschwerden (Asthma, Luftmangel, Bronchitis)
- Ich habe/hatte eine Nahrungsmittelallergie
- Ich habe/hatte eine Tierallergie
- Ich bin/war empfindlich gegen Histamin (Hyperreaktivität)
- Ich habe/hatte regelmäßig Ekzeme oder Neurodermitis in den Achselhöhlen
- Ich habe/hatte ein prickelndes Gefühl im Mund nach dem Genuss von
 - Nüssen
 - Kiwi
 - Ananas
 - Melone
 - Steinobst (Pflaume, Pfirsich, Aprikose)
 - Äpfeln
- Ich habe/hatte Hautprobleme nach dem Gebrauch bestimmter Kosmetika
- Ich habe/hatte eine Nickelallergie oder bekomme Ausschlag von gewissen Schmuckstücken
- Ich bin/war allergisch gegen Wolle
- Ich bin/war glutenempfindlich, ich vertrage keinen Weizen, Roggen, Gerste oder Hafer
- Ich vertrage Alkohol schlecht
- Ich vertrage keinen Kaffee
- Ich vertrage/vertrug schlecht Kohlenhydrate (Stärke, Zucker)
- Ich vertrage/vertrug schlecht Eiweiß (Fleisch)

HISTAMIN-EMPFINDLICHKEIT

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

MENSTRUATIONSBESCHWERDEN

- Ich habe/hatte eine unregelmäßige Menstruation
- Meine Menstruation ist mal ausgeblieben (länger als 8 Wochen)
- Ich habe/hatte wenig Blutverlust während der Menstruation
- Ich habe/hatte viel Blutverlust während der Menstruation
- Ich nehme/nahm die Pille gegen Menstruationsbeschwerden
- Ich habe/hatte geschwollene Brüste, einen aufgeblähten Bauch, Bauchschmerzen etc. während der Menstruation
- Ich habe/hatte eine Gewichtszunahme von mehr als 1 Kilogramm im Zusammenhang mit der Menstruation
- Ich habe/hatte regelmäßig vaginale Candida-Infektionen (Ausfluss, weiße Ausscheidungen)
- Ich habe/hatte besonders viel Ausscheidungen (klar) während des Eisprunges
- Ich habe/hatte regelmäßig eine Blasenentzündung
- Ich habe/hatte regelmäßig eine Harnwegsinfektion oder Nierenbeckenentzündung
- Ich habe/hatte Probleme mit Knubbeln oder Zysten in meinen Brüsten (Brust)
- Ich habe/hatte übermäßige Körperbehaarung
- Ich benutze als Verhütung
 - Injektion
 - Implantat
 - Spirale mit Kupfer
 - Spirale mit Hormonabgabe
 - Antibabypille
 - Andere (**bitte ausfüllen**)
 - Nichts

SCHWANGERSCHAFTSPROBLEME

Ich habe (bitte Anzahl ausfüllen)

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

GEWICHTSPROBLEME

Bitte ausfüllen

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

ZUCKERPROBLEME

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

ALLGEMEINE GESUNDHEITLICHE BESCHWERDEN

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