



Gesundheitsbefragung



Hatten Sie bzw. Ihr Kind / Jugendlicher kürzlich Last mit einem oder mehreren der folgenden genannten Probleme, kreuzen Sie bitte entsprechend „Ja“ oder „Nein“ an.

Ja	Nein							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Häufige/starke Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bauchschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schlechte Konzentration
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nackenschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Blähbauch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Geistesabwesend, Gedächtnisverlust
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nackenknoten/Schwellung	Ja	Nein	Durchfall	Ja	Nein	Einsamkeit o. Depression
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Verlust des Gleichgewichtes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schwarzer Stuhl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Häufiges Weinen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Benommenheitsphasen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Grauer Stuhl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hoffnungslosigkeit
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ohnmacht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schmerzen im Rektum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schwierigkeiten bei Entspannung
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Brillenträger/in	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Afterjucken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sorgenvoll
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Beeinträchtigung der Sicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Blut im Stuhl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Beängstigende Träume/Gedanken
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Verschlechterung der Sehkraft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Häufiges Wasserlassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Scheu
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Doppelsehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Unwillkürlicher Harnabgang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Empfindlich bei Kritik
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Farben oder Lichter sehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	nächtliches Einnässen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Leicht zu verärgern
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Augenschmerzen oder -jucken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Brennen Wasserlassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Familiäre Probleme
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wässrige Augen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Brauner, schwarzer o. blutiger Urin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Probleme im Kindergarten/Schule
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Probleme mit dem Gehör	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schwacher Urinstrahl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Selbstmordgedanken
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ohrschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Probleme Wasserlassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Beanspruchen Sie psychiatrische o. therapeutische Hilfe
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ohrgeräusche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	häufiger Harndrang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Absonderungen aus dem Ohr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schmerzen der Muskeln o. Gelenke			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zahnprobleme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Geschwollene Gelenke	Für Patienten:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	schmerzendes, blutendes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rücken- o. Schulterschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Brennen oder Absonderungen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zahnfleisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schwäche in Armen o. Beinen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hodenschwellung o. Knoten
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schmerzen der Zunge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fußschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hodenhochstand
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aphten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zittern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hodenschmerzen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Herpesbläschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Taubheitsgefühl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Phimose
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	verstopfte Nase	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Beinkrämpfe			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	laufende Nase	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hautprobleme	Für Patientinnen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Niesanfälle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Warzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ausbleiben der Periode
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schnupfen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Juckende o. brennende Haut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Menstruationsprobleme
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nasenbluten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schnell blaue Flecken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zwischenblutungen/starke Blutung.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Halsschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gewichtsverlust ohne Diät	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Spannung o. Schmerz vor Periode
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schluckbeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gewichtszunahme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vagjinale Absonderung (Ausfluss)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Heiserkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fühlen Sie sich manchmal kälter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Genitale Entzündungen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Atemgeräusche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	o. wärmer als andere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Senkungsgefühl im Unterbauch
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Häufiges Husten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Appetitverlust	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schmerzen beim Verkehr
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Auswurf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Immer hungrig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schwellung oder Knoten in Brust
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bronchitiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lymphknotenschwellung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schmerzhaftes Brüste
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Herzklopfen, -rasen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ungewönl. Schwäche o. Müdigkeit			Anzahl der Schwangerschaften
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Brustschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schlafprobleme			Anzahl der Geburten
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kurzatmigkeit bei normaler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fieber			Fehl- und Frühgeburten
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anstrengung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Frost			Kaiserschnitt
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	geschwollene Beine/Füße	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Reiseübelkeit			Abtreibungen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Verstopfung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Übermäßiges Schwitzen			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Übelkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nachtschweiß			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Erbrechen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				