|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  | | --- | --- | | Vorname und Nachname |  | | Strasse |  | | PLZ Ortschaft |  | | Telefon |  | |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| E-Mail |  |  | 🞎 Ich bin nicht schwanger |
| Geschlecht | 🞎 männlich 🞎 weiblich |  | 🞎 Ich trage keinen Herzschrittmacher |
| Grösse | cm |  | 🞎 Ich habe einen Magen-Bypass |
| Gewicht | kg |  | Visum: |
| Geb. Datum |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Datum der Messung: |  |
| Uhrzeit: |  |
| Gemessen von: |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Sauerstoffsättigung SpO2 | Puls | systolisch (mm Hg) | diastolisch (mm Hg) |
|  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Blutdrucktabelle**  **systolisch diastolisch**  optimaler Blutdruck < 120 < 80  normaler Blutdruck < 130 < 85  hoch normaler Blutdruck 130-139 85-89  Milde Hypertonie 140-159 90-99  Mittlere Hypertonie 160-179 100-109  Schwere Hypertonie >180 >110  **Sauerstoffsättigung SpO2:**94-97%  **Puls** Kinder 100/Minute  Jugendliche 85/Minute  Erwachsene 70/Minute  Senioren 80/Minute | |  | | --- | | **Bemerkungen:** | |

**Neuronale Zusatztests**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Test | Maximalwert |  |  | Ergebnis |
| MMST | 30 | <24 = leichte Demenz | <10 = schwere Demenz |  |
| Demtect | 18 | <12 = Demenz |  |  |
| Uhrentest | 7 | >=3 = Demenz |  |  |
| Wofi Test | 100 |  |  |  |
| IENE IQ Test |  |  |  |  |
| ASTS Fragebogen |  |  |  |  |
| BESD Schmerztest | 10 | >6 = behandlungbedürftig |  |  |

**Test auf neurodegenerative Erkrankungen und kognitive Störungen**

*Ist eine der nachfolgenden degenerativen Erkrankungen bei Ihnen bereits diagnostiziert worden?*

🞎 Demenz 🞎 Chorea Huntington 🞎 Amyotophe Lateralsklerose (ALS)  
🞎 Alzheimer 🞎 Creutzfeld-Jakob  
🞎 Parkinson 🞎 Multiple Sklerose (MS)

*Ist eines der nachfolgenden kognitiven Defizite bei Ihnen bereits diagnostiziert worden?*

🞎 ADHS/ADS/Hyperaktivität 🞎 Lernstörungen  
🞎 BurnOut 🞎 Neuralgien/Neuritis  
🞎 Depression 🞎 Nervosität/Innere Unruhe/nervöse Erschöpfung  
🞎 Epilepsie 🞎 Psychosomatische Beschwerden   
🞎 Fibromyalgie 🞎 Restless-Leg Syndrom  
🞎 Gedächtnisstörungen 🞎 Schlafstörungen (Einschlafen, Durchschlafen)  
🞎 Karpaltunnelsyndrom 🞎 Schizophrenie  
🞎 Konzentrationsstörungen 🞎 Tinnitus  
🞎 Kopfweh/Migräne

*Allgemeine Fragen zur genauen Analyse. Wissen Sie eine Antwort nicht, so lassen Sie diese Frage einfach aus.*

Antwort Frage  
Ja Nein

⭘ ⭘ Fühlen Sie sich einsam?   
⭘ ⭘ Leiden Sie unter Depressionen?   
⭘ ⭘ Leiden Sie unter einem BurnOut?   
  
⭘ ⭘ Hatten Sie einen Herzinfarkt?

⭘ ⭘ Hatten Sie einen Schlaganfall?

⭘ ⭘ Gab es bereits in Ihrer näheren Verwandtschaft Fälle von Demenz oder Alzheimer?

⭘ ⭘ Hatte bereits jemand einen Herzinfarkt in Ihrer direkten Verwandtschaft?

⭘ ⭘ Hatte bereits jemand einen Schlaganfall in Ihrer direkten Verwandtschaft?

⭘ ⭘ Leiden Sie unter Paradontitis?   
⭘ ⭘ Leiden Sie unter Bluthochdruck?

Wenn Ja, nehmen Sie Blutdrucksenker? ⭘ Ja ⭘ Nein   
⭘ ⭘ Leiden Sie unter zu tiefem Blutdruck?

⭘ ⭘ Haben Sie einen erhöhten Cholesterinspiegel?

Wo leben Sie?

⭘ Einfamilienhaus

⭘ Mehrfamilienhaus

⭘ Wohnung

⭘ Ich wohne in einem Heim

⭘ Ich wohne bei meinen Kindern

⭘ Andere \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   
Wie viele Personen leben permanent in Ihren Haushalt? \_\_\_

Antwort Frage  
Ja Nein

⭘ ⭘ Rauchen Sie? (Zigaretten, Zigarren, Tabakpfeife)

Wenn Ja, wieviel pro Tag: \_\_\_\_

⭘ ⭘ Haben Sie ein oder mehrere Tattoos?

Wenn Ja, wann wurde das 1. Tattoo gestochen? \_\_\_\_

⭘ ⭘ Haben Sie Diabetes?

⭘ Ja, Typ I

⭘ Ja, Typ II

⭘ ⭘ Hatte bereits jemand Diabetes in Ihrer direkten Verwandtschaft?

⭘ ⭘ Hatten Sie schon einmal Herpes?

Wie oft trinken Sie Alkohol pro Woche?

⭘ jeden Tag, aber nur 1 Glas Wein   
⭘ jeden Tag, mehr als ein Glas Wein oder andere Spirituosen

⭘ An 3-5 Tagen

⭘ An 1-2 Tagen

⭘ Nie

⭘ ⭘ Nehmen Sie Drogen? (ohne CBD, Marihuana)

⭘ ⭘ Nehmen Sie CDB/Marihuana zu sich?

⭘ ⭘ Nehmen Sie verschreibungspflichtige Beruhigungsmittel?

⭘ ⭘ Nehmen Sie nicht verschreibungspflichtige Beruhigungsmittel? Tryptophan, 5 HTP, Melatonin, etc.

⭘ ⭘ Leiden Sie unter Schlafapnoe

⭘ Ja. Ich habe eine Cpap Maske

⭘ Ja. Aber ich schlafe ohne Cpap Maske

⭘ ⭘ Machen Sie regelmässig Grippeimpfungen?   
⭘ ⭘ Nehmen Sie Blutverdünner?

⭘ ⭘ Nehmen Sie Acetylcholinesterasehemmer

⭘ ⭘ Nehmen Sie anticholinerge Medikamente

Wie viel bewegen Sie sich pro Woche (mindestens 30 Minuten am Stück)

⭘ So gut wie nie

⭘ 1-2 Mal

⭘ Mehrmals (3-4)

⭘ Täglich (5-7)

Was machen Sie AKTIV (mindestens 1x pro Woche) für Ihre Bewegung?

⭘ Spazieren gehen

⭘ Walken

⭘ Rennen

⭘ Fahrrad fahren

⭘ Schwimmen

⭘ Andere

Bei Andere, bitte umschreiben: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Treiben Sie oder trieben Sie früher mal regelmässig (min. 1x pro Woche)

⭘ Fussball

⭘ Handball

⭘ American Football

⭘ Eishockey

⭘ Boxen

⭘ Kampfsportarten

⭘ Keine der oben genannten Sportarten

*Im nächsten Teil geht es um Ihre Ernährung und Essgewohnheiten*

*Bitte kreuzen Sie an, wie Sie sich ernähren (und nicht wie Sie es machen möchten oder sollten!)*

⭘ Ich esse kein Fleisch

⭘ Ich esse 3-5 Fleisch pro Woche

⭘ Ich esse 1-2 pro Woche Fleisch

⭘ Ich esse jeden Tag Fleisch

⭘ Ich esse mindestens 1x pro Woche Fisch

⭘ Ich esse mehr als 1x pro Woche Fisch

⭘ Ich esse nicht jede Woche Fisch

⭘ Ich esse täglich Gemüse

⭘ Ich esse nicht täglich Gemüse

⭘ Ich esse täglich Salat

⭘ Ich esse nicht täglich Salat

⭘ Ich esse jeden Tag Obst

⭘ Ich esse mehrmals die Woche Obst

⭘ Ich esse selten Obst

⭘ Ich bin Vegetarier

⭘ Ich bin Veganer

⭘ Ich bin Pescetarier (Kein Fleisch)

⭘ Ich esse selten Fleisch (Flexitarier)

🞎 Ich esse keine Weizenprodukte/Ich lebe glutenfrei

🞎 Ich trinke keine Milch

🞎 Ich nehme keine Milchprodukte

Wenn Sie Ihre Stimmung die letzten 7 Tage anschauen, wie haben Sie sich gefühlt?

⭘ Vorwiegend sehr gut

⭘ Vorwiegend gut

⭘ Vorwiegend normal

⭘ meistens nicht so gut

⭘ meistens schlecht

⭘ Mal so, mal so