

	Name:		Datum:						
Nr.	Symptom		Häufigkeit				Intensität		
			1 – Selten 2 – Manchmal 3 – Täglich 4 – Mehrmals täglich				1 – Leicht 2 – Mittel 3 – Stark		
		Ja?	1	2	3	4	1	2	3
	Durchfall	☐							
	Schmerzen beim Stuhlgang	☐							
	Verstopfung	☐							
	Unvollständige Entleerung	☐							
	Blähbauch	☐							
	Blähungen	☐							
	Darmgeräusche	☐							
	Magenschmerzen	☐							
	Unverträglichkeiten	☐							
	Heißhunger	☐							
	Übelkeit/Erbrechen	☐							
	Unverdaute Reste im Stuhl	☐							
		☐							
	Konzentrationsschwierigkeiten	☐							
	Gehirnnebel	☐							
	Migräne/Kopfschmerzen	☐							
	Heiserkeit	☐							
		☐							
	Akne/Hautunreinheiten	☐							
	Trockene Haut	☐							
	Juckreiz/Ausschläge	☐							
	Hauterkrankung	☐							
	Haarausfall	☐							
	Brüchige Nägel	☐							
		☐							
	Ein/Durchschlafprobleme	☐							
	Urinieren in der Nacht	☐							
	Nächtliches Schwitzen	☐							
		☐							
	Zyklusunregelmäßigkeiten	☐							
	Starke Perioden	☐							
	Schmerzhafte Perioden	☐							
	PMS	☐							
	Brustschmerzen	☐							
	Endo-Belly	☐							
	Schmerzen beim Sex	☐							
	Harnwegsinfekte	☐							
	Sensible Blase	☐							
		☐							
	Chron. Müdigkeit	☐							
	Antriebslosigkeit	☐							
	Panikattacken	☐							
	Innere Unruhe	☐							
	Niedrige Stressresistenz	☐							
	Stimmungsschwankungen	☐							
	Herzrasen	☐							
	Depressive Phasen	☐							

