

Fragebogen
Hormon Yoga Therapie

Vorname	Nachname
PLZ / Ort	Straße
Telefon	E-mail
Mobil	Alter
Yogaerfahrung? Wenn ja, welcher Art?	

Gesundheitszustand: bei ja bitte ankreuzen!		
Menopause	<input type="checkbox"/>	Bluthochdruck
Prämenopause	<input type="checkbox"/>	Osteopenie
Vorzeitige Menopause	<input type="checkbox"/>	Osteoporose
Postmenopause	<input type="checkbox"/>	Hoher Cholesterinspiegel
Hysterektomie	<input type="checkbox"/>	Schilddrüsen- Unterfunktion
Eierstöcke noch vorhanden	<input type="checkbox"/>	Schilddrüsen-Überfunktion
Starke Blutungen	<input type="checkbox"/>	Arthritis
Zystenbildung in den Eierstöcken	<input type="checkbox"/>	Sehnenentzündung
Myome	<input type="checkbox"/>	Schnupfen
Unfruchtbarkeit	<input type="checkbox"/>	Nackenbeschwerden
Prämenstruelles Syndrom	<input type="checkbox"/>	Rundrücken/Kyphose
Brustkrebs	<input type="checkbox"/>	Hohlkreuz/Lordose
Endometriose	<input type="checkbox"/>	Skoliose
Diabetis	<input type="checkbox"/>	Hormonbehandlung

Symptome: die Intensität mit 0 - 3 bewerten (freiwillige Angabe !)

Hitzewellen	<input type="checkbox"/>	Kopfschmerzen/Migräne	<input type="checkbox"/>
Haarausfall	<input type="checkbox"/>	Panikattacken	<input type="checkbox"/>
Trockene Haut	<input type="checkbox"/>	Gelenkschmerzen	<input type="checkbox"/>
Reizbarkeit	<input type="checkbox"/>	Hautjucken	<input type="checkbox"/>
Emotionale Instabilität	<input type="checkbox"/>	Schlafstörungen	<input type="checkbox"/>
Unruhe	<input type="checkbox"/>	Schwacher Geruchssinn	<input type="checkbox"/>
Beklemmungen	<input type="checkbox"/>	Gedächtnisschwäche	<input type="checkbox"/>
Herzklopfen	<input type="checkbox"/>	Scheidenjuckreiz	<input type="checkbox"/>
Vermindert sexuelles Verlangen	<input type="checkbox"/>	Trockenheit der Scheide	<input type="checkbox"/>
Mattigkeit/Müdigkeit	<input type="checkbox"/>	Brüchige Nägel	<input type="checkbox"/>
Lustlosigkeit/Mutlosigkeit	<input type="checkbox"/>	Depression	<input type="checkbox"/>