



Tab. 1 Beschwerdeliste

1. Kreuzen Sie bitte die Beschwerden an, die **ständig und/oder wechselhaft/ periodisch auftreten** (mehrfache Nennung möglich). Zeitraum: im letzten Monat.

Beschwerdebereich Wie hoch schätzen Sie die Beeinträchtigungen bzw. Einschränkungen durch diese Beschwerden in Ihrem Alltag ein ?	Beeinträchtigung						
	<i>keine.....extreme</i>						
1. Schmerzen im Kopf- und Nackenbereich (z.B. Migräne, Gesichtsschmerzen, Nackenschmerzen...)	0	1	2	3	4	5	6
2. Probleme mit den Zähnen und dem Kiefer	0	1	2	3	4	5	6
3. Erkrankung der Sinnesorgane	0	1	2	3	4	5	6
4. Atemwege(z.B. Asthma, Halsschmerzen, Nebenhöhlenentzündung...)	0	1	2	3	4	5	6
5. Herzkreislauf	0	1	2	3	4	5	6
6. Gefäßerkrankungen	0	1	2	3	4	5	6
7. Muskel/Skelett (z.B. Schmerzen in Rücken und/oder Bewegungsapparat, Störungen im Knochen-, Muskel-, Sehnen-, Bänderbereich...)	0	1	2	3	4	5	6
8. Verdauungssystem (z.B. Verstopfung/Durchfall, Blähungen, Übelkeit, Sodbrennen, Leber-Galle...)	0	1	2	3	4	5	6
9. Nieren/Blase	0	1	2	3	4	5	6
10. Geschlechts-Organ, -Hormone	0	1	2	3	4	5	6
11. Neurologische Erkrankungen (z.B. Lähmungen, Neuralgien, Empfindungsstörungen, Multiple Sklerose, Polyneuropathie...)	0	1	2	3	4	5	6
12. Hauterkrankungen	0	1	2	3	4	5	6
13. Immunstörungen/Allergien/Entzündungen	0	1	2	3	4	5	6
14. Suchterkrankungen	0	1	2	3	4	5	6
15. Stoffwechselerkrankungen	0	1	2	3	4	5	6
16. Temperaturregelungsstörungen	0	1	2	3	4	5	6
17. Operationsfolgen, Therapiefolgeerkrankungen	0	1	2	3	4	5	6
18. Folgen von Vergiftungen	0	1	2	3	4	5	6
19. Folgen einer Verletzung/eines Traumas	0	1	2	3	4	5	6
20. Schwierigkeiten nach schwerer Erkrankung	0	1	2	3	4	5	6
21. Nervosität, innere Unruhe	0	1	2	3	4	5	6
22. Müdigkeit/Erschöpfungszustände (z.B. Energielosigkeit, Antriebslosigkeit...)	0	1	2	3	4	5	6
23. Hirnleistungsstörungen	0	1	2	3	4	5	6
24. Depressionen	0	1	2	3	4	5	6
25. Schlafstörungen	0	1	2	3	4	5	6
26. Eßstörungen	0	1	2	3	4	5	6
27. Angstzustände, Panik	0	1	2	3	4	5	6