

## **Stoffwechselfunktionen**

### **„Nierenfunktionstest:**

1,5 l Schwarztee zubereiten, mindestens 5-8 min. ziehen lassen, die ganze Menge innerhalb 15 Min. trinken.

Dann ca. alle 30 Min. wasserlassen und Flüssigkeitsmenge sammeln.

Ausgeschiedene Menge innert 4 Stunden?

### **Urin:**

Unterscheidet sich der erste Urin am Morgen in Farbe und Geruch von den weiteren während des Tages?

Farbe ist?

Geruch ist?

## **Darmfunktionen**

Stuhlgang: wie häufig haben sie Stuhlgang pro Woche?

Was für eine Farbe hat ihr Stuhl:

Hellbraun bis lehmfarbig? Mittelbraun? Dunkelbraun? Schwarzbraun? Geben sie alle vorkommenden Farben an und in welcher Häufigkeit pro Woche!

Haben sie Blut im Stuhl? Oder schwarze Auflagerungen im Stuhl?

Welche Form hat ihr Stuhl? Feste Wurst bleistift dick? Feste Wurst daumendick? Schafskot? Geissenkot? Ohne Form breiartig? Ohne Form flüssig (Durchfall)? Geben sie alle vorkommenden Formen an und in welcher Häufigkeit pro Woche!

Schwimmt ihr Stuhl auf dem Wasser in der WC Schüssel? Immer? Häufig? Oft? Selten? Nie?

Wie viel WC Papier benötigen sie zur Reinigung? 1-2 Blatt? 3-4 Blatt? 5-10 Blatt? Mehr? Feuchttücher?

Hinterlässt ihr Stuhl Spuren in der WC Schüssel? Immer? Häufig? Oft? Selten? Nie?

Wenn sie ein Mahlzeit auslassen? Habe ich keine Probleme? Wird es mir Unwohl, ich spüre eine Übelkeit, Schwäche? Ich werde gereizt? Es wird mir schwindlig?

Wie lange dauert ihre Darmpassage?

Gewisse Nahrungsmittel färben den Stuhl sichtbar wie zum Beispiel Spinat oder werden nicht vollständig verdaut wie zum Beispiel Maiskörner. Vorgehensweise: sie Essen bewusst eines der oben erwähnten Nahrungsmittel und messen den Zeitraum bis im Stuhl dieses Nahrungsmittel sichtbar wieder ausgeschieden wird.

Zeitdauer 12 Std.? 24 Std.? 36 Std.? 48 Std.? Länger als 48 Std.?

**Schlaf:**

Ich habe Einschlafstörungen: Wenn ja, wie oft in der Woche?

Ich habe Durchschlafstörungen? Wenn ja wie oft in der Woche? Um welche Zeit erwachen sie?

Ich fühle mich morgens nach genügend Schlaf? Erholt und voller Tatendrang? Müde? Erschöpft? Wie gerädert?

Tagesmüdigkeit kenne ich? Wenn ja um welche Zeit? Täglich? Häufig? Oft? Selten? Nie?

Ich habe Lust auf Schokolade nach dem Essen? Immer? Häufig? Oft? Selten? Nie?

Ich verdaue fettiges Essen wie zum Beispiel Fondue, Raclette, Frittiertes?  
Sehr gut? Gut? Mässig? Eher schlecht? Ich meide es, da ich es schlecht verdaue?

Wie viel trinken sie pro Tag, ohne alkoholische Getränke? 1 Ltr.? 1,5 Ltr.? 2 Ltr.? Mehr als 2 Ltr.?

**Ich habe folgende weitere Verdauungsbeschwerden:**

Sodbrennen	Magenschmerzen	Magenkrämpfe
Blähungen	Aufstossen	Wind
Darmkrämpfe	Reizdarm	Morbus crohn
Hämorrhoiden	Zöliakie	Lactoseunverträglichkeit
Diabetes		
Lebensmittelallergie	wenn ja auf was?	

Lebensmittelunverträglichkeit      wenn ja auf was?

Weitere Störungen, wenn ja was?

## Menstruation:

Länge des gesamten Zyklus in Tagen:

Die Blutungen dauern wie viele Tage:

Stärke der Blutungen:

Sehr Stark:



während wie vielen Tagen:

Stark:



während wie vielen Tagen:

Normal:



während wie vielen Tagen:

Schwach:



während wie vielen Tagen:

Qualität des Menstruationsblutes, bitte alle vorkommenden Qualitäten angeben:

Hellrotes Blut:

Dunkelrotes Blut:

Gestocktes Blut (Leberfetzen):

Beschwerden vor der Menstruation wie Stimmungsschwankungen, Kopfschmerzen, Aggressionen, Schlafstörungen, Spannen der Brüste etc.:

Beschwerden während der Menstruation wie Krämpfe, Schmerzen in den Brüsten, Kopfschmerzen, Stimmungsschwankungen, Schlafstörungen, Aggressionen etc.:

Wie fühlen Sie sich nach der Menstruation? Ein wenig besser, besser, sehr viel besser? Ein wenig schlechter, schlechter, sehr viel schlechter?