

Fragebogen im Zusammenhang mit der Blutbilddarstellung

Datum:

Code-Nr.

Alter:

Geschlecht: weiblich männlich

Ausgeübter Beruf : _____

Ist Ihr Arbeitsplatz drahtlos vernetzt (WLAN, Bluetooth) ? Ja: Nein:

Haben Sie folgende Beschwerden ?	gar nicht	leicht	stark
Schlafstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kopfschmerzen (morgens)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Innere Unruhe/Hektik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antriebslosigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gedächtnis-/Konzentrationsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verspannungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erhöhter Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzrhythmusstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atembeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sehstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neurodermitis (Hautentzündungen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige schlecht heilende Entzündungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nahrungsmittelunverträglichkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fieber (wenn ja, wie lange ? <input type="text"/> Tage)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grippe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Müdigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reizbarkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwindelgefühle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzkreislaufstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hormonstörungen (z.B. Regelblutung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depressivität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tinnitus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>