

# Fragebogen Coaching

Name: .....

Vorname: .....

## Welche körperlichen Beschwerden sind während der letzten Zeit aufgetreten?

*Wählen Sie zwischen «die ganze Zeit» bis «nie» - zählen Sie dann die Punkte zusammen!*

Beschwerden	die ganze Zeit	meistens	die Hälfte der Zeit	selten	nie
	0 Punkte	1 Punkt	2 Punkte	3 Punkte	4 Punkte
Fühlen Sie sich nach dem Aufstehen noch müde und erschöpft oder wie zerschlagen?					
Haben Sie Schwierigkeiten ein- oder durchzuschlafen? Was? <input type="checkbox"/> Ein? <input type="checkbox"/> Durch? <input type="checkbox"/> Beides?					
Ermüden Sie schnell?					
Fühlen Sie Ihr körperliches Leistungsvermögen verringert?					
Fühlen Sie sich schnell gestresst?					
Haben Sie das Gefühl von Watte im Kopf?					
Haben Sie Konzentrationsschwierigkeiten?					
Fühlen Sie sich benommen?					
Haben Sie ein Gefühl der Schwere in der Herzgegend?					
Bekommen Sie beim Treppensteigen Herzklopfen oder Atemnot?					
Haben Sie einen empfindlichen Magen?					
Haben Sie Bauchschmerzen?					
Haben Sie Blähungen?					
Haben Sie ein Völlegefühl?					
Haben Sie Verstopfung?					
Haben Sie Durchfall?					
Haben Sie plötzliche Schweissausbrüche?					
Haben Sie Schmerzen? Wo? <input type="checkbox"/> Kopf <input type="checkbox"/> Nacken <input type="checkbox"/> Rücken <input type="checkbox"/> ....					
Haben Sie Missempfindungen an Armen, Händen, Beinen oder Füßen (Kribbeln, Prickeln, Taubheit)?					
Sind Sie schmerzempfindlich?					
Spüren Sie, dass Ihr Körper verkrampft ist?					
Haben Sie Allergien?					
Haben Sie das Gefühl überfordert zu sein?					
Haben Sie Stimmungsschwankungen?					
Haben Sie depressive Gedanken?					
Haben Sie Lust auf Süßes? Heisshunger?					
Punktzahl / Spalte					
Gesamtpunktzahl					



*Je höher die Punktzahl (zwischen 0 – 100), desto besser geht es Ihnen!*