

# Fragebogen zum Speicheltest

Vorgangsnummer

## Was möchten Sie durch den Speicheltest abklären?

- Hormonstatus überprüfen       Anwendungskontrolle       Voraussetzungen für Schwangerschaft
- Sonstiges \_\_\_\_\_

## Speichelentnahmezeiten

**Für Geschlechtshormone (1 Gefäß)** Progesteron | Testosteron | Estradiol | Estriol | DHEA

Probenentnahme-Datum \_\_\_\_\_

Probenentnahme-Uhrzeiten

1. \_\_\_\_\_ Uhr    2. \_\_\_\_\_ Uhr    3. \_\_\_\_\_ Uhr    4. \_\_\_\_\_ Uhr    5. \_\_\_\_\_ Uhr

**Für Cortisol (1 – 3 Gefäße)**

Speichelentnahmezeiten  
bitte im Cortisoltest-Protokoll  
eintragen

## Angaben zur Person

Alter \_\_\_\_\_    Gewicht \_\_\_\_\_    Größe \_\_\_\_\_    Berufliche Tätigkeit \_\_\_\_\_

männlich

weiblich: Test am Zyklustag \_\_\_\_\_

keine Blutung mehr seit ca. \_\_\_\_\_ Monat(en) \_\_\_\_\_ Jahr(en)

Schwangerschaftswoche \_\_\_\_\_

Stillen:  ja     nein    \_\_\_\_\_ Monate nach Geburt

esse alles     vegetarisch     vegan     gerne süß     ohne Zucker     milchfrei

s95 Unverträglichkeiten \_\_\_\_\_

## Medikamente

Bitte tragen Sie Ihre Medikamente und die letzte Medikamenteneinnahme ein - **sehr wichtig für die Testauswertung**

Medikament Art	Medikament Bezeichnung (mg / %)	Dosis	Anwendungshäufigkeit (täglich, oft, selten, zyklisch)			Anwendung seit	zuletzt angewendet
			morgens	mittags	abends		
Hormone (auch bioidentische)							
Für die Schilddrüse							
Psychopharmaka							
Nahrungsergänzungsmittel (Vitamin D, Omega-3-Fettsäuren)							
Sonstiges							

## Zustellung der Ergebnisse

### Ergebnisübermittlung an mich

**Per Post**  
Ohne Angabe bekommen Sie Ihr Ergebnis automatisch per Post

**Per E-mail (Übertragung mit SSL-Verschlüsselung)**  
Ich willige ein, dass mir CENSA meinen Testbefund per E-mail zusendet. Mir ist bekannt, dass trotz der Verschlüsselung keine vollständige Datensicherheit gewährleistet werden kann. Ich wünsche dennoch den E-mail-Versand.

E-mail-Adresse \_\_\_\_\_

Bitte senden Sie mir mit dem Ergebnis eine Rechnung für meine private Krankenkasse.

### Ergebnisübermittlung an meine Fachkraft

(nur möglich wenn uns Ihre Fachkraft bekannt ist)

**Ja**  
Ich willige ein, dass CENSA meinen Testbefund einschließlich dazugehörigem Fragebogen per E-mail an meine Fachkraft sendet (Übertragung mit SSL-Verschlüsselung). Mir ist bekannt, dass trotz der Verschlüsselung keine vollständige Datensicherheit gewährleistet werden kann. Ich bin dennoch mit der Übertragung einverstanden.

\_\_\_\_\_  
Vor- und Zuname der Fachkraft

\_\_\_\_\_  
Ort

X

Datum, Unterschrift der Testperson / gesetzl. Vertreter **Wichtig: ohne Ihre Unterschrift können wir Ihre Zustellungswünsche nicht berücksichtigen**

Bitte Rückseite beachten

# Anamnese

Antibiotikabehandlungen in den letzten 10 Jahren: insgesamt circa  1 – 3  4 – 10  mehr als 10

Ich habe:  S84 Ekzeme  S85 trockene Haut  S86 Schuppenflechte  S87 Neurodermitis  Akne  Ausschlag

Tattoos (Anzahl) \_\_\_\_\_ Piercings (Anzahl) \_\_\_\_\_ M8 Implantate:  Gelenke  Zähne  Brust  sonstige

Aktuelle Hautpflegeprodukte \_\_\_\_\_

Alkoholkonsum am Vorabend des Tests \_\_\_\_\_ Nur für Raucher: z. Zt. ca. \_\_\_\_\_ Zigaretten am Tag

Außergewöhnliches am Testtag \_\_\_\_\_

## Symptome innerhalb der letzten 6 Monate

1 - hin und wieder  
2 - öfter, regelmäßig, in Phasen  
3 - wesentliches Problem, sehr stark  
(Zutreffendes bitte ankreuzen)

	1	2	3	Kenn- ziffer
Allergien				S 1
Magenschmerzen				S 2
Übelkeit, Brechreiz				S 3
Blasenschwäche				S 4
sexuelle Lustlosigkeit				S 5
Probleme mit Wasserlassen				S 6
starkes Schwitzen				S 7
Kopfwahl, Migräne				S 8
Schwindel				S 9
Kloßgefühl, Druck im Hals				S 10
Schmerzen in <input type="checkbox"/> Rücken <input type="checkbox"/> Gelenken				S 11
Durchfall				S 12
Kribbeln/Taubheit in Beinen, Armen				S 13
Nervosität, innere Unruhe				S 14
<input type="checkbox"/> Tinnitus, Ohrensausen <input type="checkbox"/> Hörsturz				S 15
Zittern der Hände				S 16
Herzrasen, Herzstechen				S 17
Stimmungsschwankungen				S 18
Schwellungen				S 19
Ängste				S 20
Panikgefühle				S 21
Bluthochdruck				S 22
Einschlafprobleme				S 23
Durchschlafprobleme				S 24
unerklärliche Gewichtsabnahme				S 25
Vergesslichkeit, Konzentrationsschwäche				S 26
Infektanfälligkeit				S 27
Lichtempfindlichkeit				S 28
depressive Verstimmungen				S 29
lähmende Müdigkeit				S 30
Muskelschwäche				S 31
unerklärliche Erschöpfung				S 32
unerklärliche Gewichtszunahme				S 33
trockenes Haar				S 34
Haarausfall				S 35
Verstopfung				S 36
Bindehautentzündung				S 37
Halskratzen,- entzündungen				S 38
Ausbleiben der Regel				S 39
zu lange Blutung				S 40
extreme Regelblutungen				S 41
Menstruationskrämpfe				S 42
Trockenheit der Scheide				S 43
verstärkte Gesichtsbehaarung				S 44
Stressüberempfindlichkeit				S 45
Brustspannen				S 46
Hitzewallungen				S 47
unregelmäßiger Zyklus				S 48
erhöhte Cholesterinwerte				S 49

## Ich bin betroffen von:

Kenn- ziffer		aktuell	früher
S50	Prostatavergrößerung		
S51	Endometriose		
S52	Epstein-Barr-Virus		
S53	Borreliose		
S54	Darmentzündung		
S55	Diabetes <input type="checkbox"/> Typ 1 <input type="checkbox"/> Typ 2		
S56	<input type="checkbox"/> Magersucht <input type="checkbox"/> Bulimie		
S57	Epilepsie		
S58	Eierstockzysten		
S59	Brustzysten		
S60	Myome		
<b>seit</b>			
S61	Verdacht auf Alzheimer / Demenz		
S62	ADS-Verdacht		
S63	Osteoporose		
S64	Asthma		
S65	Chronisches Erschöpfungssyndrom (CFS)		
S66	<input type="checkbox"/> Hashimoto <input type="checkbox"/> Basedow <input type="checkbox"/> Lupus		
S67	Multiple Sklerose (MS)		
S68	Parkinson		
S69	Gelenkrheuma		
S70	Fibromyalgie		
<b>wann</b>			
S71	Schwangerschaftsabbrüche, Anzahl: _____		
S72	Krebs, Art: _____		
S73	<input type="checkbox"/> Herzinfarkt <input type="checkbox"/> Schlaganfall <input type="checkbox"/> Embolie		
S74	Herzklappenfehler		
<b>aktuell dauerhaft früher</b>			
S75	Belastung durch Stress		
S76	Pflege von kranken Angehörigen		
A4	traumatische Erfahrungen		
A5	wenig Bewegung		
<b>Medizinische Eingriffe</b>			
<b>wann</b>			
M1	Prostata-Operation		
M2	Gebärmutterentfernung		
M3	Eierstockentfernung, Anzahl: 1 <input type="checkbox"/> oder 2 <input type="checkbox"/>		
M5	Schilddrüse: <input type="checkbox"/> teilentfernt <input type="checkbox"/> vollentfernt <input type="checkbox"/> Radiojod		
M6	Brust-Operation		
M7	Sterilisation		
<b>Empfängnisregelung</b>			
<b>Anwendung: von bis</b>			
	Hormonspritze		
	Hormonspirale		
	Kupferspirale		
	Pille (.....)		
	Hormonring		
	Hormonstäbchen (Implantat)		
	Symptothermal		

