

## Koinfektionen-Checkliste

Name, Vorname ..... Datum .....

▶	Aktuelle und frühere Beschwerden bitte ankreuzen	X	Score-Punkte (vom Arzt auszufüllen)	Rangfolge
1	Bauchschmerzen, Darmbeschwerden	<input type="checkbox"/>	Ehrl. & Anapl.: .....	
2	Blutarmut	<input type="checkbox"/>	Babesien: .....	
3	Durchfall zeitweise	<input type="checkbox"/>	Rickettsien: .....	
4	Fiebriges Gefühl oder Fieber	<input type="checkbox"/>	Bartonellen: .....	
5	Gedächtnis-, Konzentrations-Störungen, Vergesslichkeit	<input type="checkbox"/>	Chl.pneumoniae: .....	
6	Entzündliche Bereiche im Gehirn (Kernspintomographie)	<input type="checkbox"/>	Chl.trachomatis: .....	
7	Gelbsucht, gelbe Augen, gelbe Haut	<input type="checkbox"/>	Yersinien: .....	
8	Gelenkschmerzen, Gelenkschwellungen	<input type="checkbox"/>	Mykoplasmen: .....	
9	Allgemeine Gliederschmerzen/Sehnenschmerzen	<input type="checkbox"/>	Coxsackie-/Echo-Virus: .....	
10	Grippale Beschwerden zeitweise	<input type="checkbox"/>	EBV/CMV/HSV: .....	
11	Hautausschlag, Hautgeschwür	<input type="checkbox"/>		
12	Hauteinblutungen punktförmig	<input type="checkbox"/>		
13	Herzbeschwerden, Herzrhythmusstörungen	<input type="checkbox"/>		
14	Husten, Auswurf	<input type="checkbox"/>		
15	Kopfschmerzen, Kopfdruckgefühl	<input type="checkbox"/>		
16	Leberfunktion/Leberwerte beeinträchtigt	<input type="checkbox"/>		
17	Lungenentzündung/Bronchitis	<input type="checkbox"/>		
18	Lymphknotenschwellungen	<input type="checkbox"/>		
19	Mandeln mit gelben Belägen, Mandelentzündung	<input type="checkbox"/>		
20	Milzvergrößerung, Milzschwellung	<input type="checkbox"/>		
21	Müdigkeit/Erschöpfung zeitweise oder chronisch	<input type="checkbox"/>		
22	Muskelschmerzen/Muskelschwäche	<input type="checkbox"/>		
23	Schüttelfrost	<input type="checkbox"/>		
24	Sehen verschlechtert/Verschwommen-Sehen	<input type="checkbox"/>		
25	Übelkeit/Erbrechen	<input type="checkbox"/>		
26	Urin dunkel	<input type="checkbox"/>		
27	Wasserlassen mit Juckreiz/Schmerzen	<input type="checkbox"/>		

Bitte wenden Sie sich für die Auswertung der Checkliste an Ihren behandelnden Therapeuten oder kontaktieren Sie uns direkt unter der +49 821 78093150 oder info@arminlabs.com . Wir helfen Ihnen gerne weiter.