

## TESTEN SIE IHRE STRESS-SCHWELLE

Der Test auf den nächsten Seiten dient der Bewertung Ihrer aktuellen funktionellen Gesundheit. Die Summen aus allen Einzelbereichen werden addiert und dann in die Stress-Schwellen-Grafik eingetragen. Sie können den Test alle 6 Wochen wiederholen, um den Erfolg Ihrer FBA-Therapie zu verifizieren.

Bitte beantworten Sie jede Frage mit einer Ziffer zwischen 0 für „überhaupt nicht“ und 5 für „stimmt genau“.

### ABSCHNITT 1 – BEWERTUNG DES HORMONSYSTEMS

Akne im Gesicht?	0 1 2 3 4 5
Immer hungrig?	0 1 2 3 4 5
Grundlos ängstlich?	0 1 2 3 4 5
Verlangen nach Brot?	0 1 2 3 4 5
Verlangen nach Salz?	0 1 2 3 4 5
Verlangen nach Süßigkeiten nach dem Essen?	0 1 2 3 4 5
Verlangen nach Süßigkeiten im Laufe des Tages?	0 1 2 3 4 5
Depression während der Periode?	0 1 2 3 4 5
Probleme beim Wasser lassen?	0 1 2 3 4 5
Schwindelgefühl im Stehen?	0 1 2 3 4 5
Gefühlsausbrüche?	0 1 2 3 4 5
Energieverlust am Nachmittag?	0 1 2 3 4 5
Haarwuchs im Gesicht?	0 1 2 3 4 5
Asthma jetzt oder früher?	0 1 2 3 4 5
Kopfschmerzen im Menstruationszyklus?	0 1 2 3 4 5
Kopfschmerzen am Morgen?	0 1 2 3 4 5
Kopfschmerzen durch Anstrengung oder Stress?	0 1 2 3 4 5
Hitzewallungen?	0 1 2 3 4 5
Unregelmäßiger Monatszyklus?	0 1 2 3 4 5

Gereizt oder benommen zwischen den Mahlzeiten?	0 1 2 3 4 5
Weniger als 8 Std. Nachtschlaf?	0 1 2 3 4 5
Lichtempfindlichkeit (am liebsten immer Sonnenbrille)?	0 1 2 3 4 5
Verlust des sexuellen Verlangens?	0 1 2 3 4 5
Verlust der sexuellen Erfüllung?	0 1 2 3 4 5
Niedriger Blutdruck?	0 1 2 3 4 5
Periodenschmerzen?	0 1 2 3 4 5
Nachtschweiß?	0 1 2 3 4 5
Das äußere Drittel der Augenbraue dünnt aus?	0 1 2 3 4 5
Sehschwäche bei Nacht?	0 1 2 3 4 5
Prostatitis oder Vaginitis (Juckreiz)?	0 1 2 3 4 5
Unruhige Beine (Restless legs)?	0 1 2 3 4 5
Zittrig oder benommen wenn eine Mahlzeit ausfällt?	0 1 2 3 4 5
Kurzatmigkeit?	0 1 2 3 4 5
Trotz sportlicher Aktivität Probleme, Gewicht abzunehmen?	0 1 2 3 4 5
Durchschlafstörungen?	0 1 2 3 4 5
Vaginale Pilzinfektionen?	0 1 2 3 4 5
Sehkraft wechselt im Laufe des Tages?	0 1 2 3 4 5
Gewichtszunahme ohne Änderung der Ernährungs- oder Lebensgewohnheiten?	0 1 2 3 4 5
Gewichtsverlust ohne Änderung der Ernährungs- oder Lebensgewohnheiten?	0 1 2 3 4 5

## ABSCHNITT 2 – BEWERTUNG DES IMMUNSYSTEMS

Aufgeblähter Bauch nach dem Essen?	0 1 2 3 4 5
Vergesslichkeit für Namen von Menschen, die man eben erst traf?	0 1 2 3 4 5
Nicht abschalten können zur Entspannung?	0 1 2 3 4 5
Schmerzen in der Brust?	0 1 2 3 4 5
Kalte Hände oder Füße?	0 1 2 3 4 5
Herpesinfektionen?	0 1 2 3 4 5
Colitis?	0 1 2 3 4 5
Unwohlsein durch Koffein?	0 1 2 3 4 5
Wohlgefühl durch Koffein?	0 1 2 3 4 5
Unwohlsein durch Zucker?	0 1 2 3 4 5
Wohlgefühl durch Zucker?	0 1 2 3 4 5
Trockene Haut?	0 1 2 3 4 5
Extremer Haarausfall?	0 1 2 3 4 5
Müdigkeit?	0 1 2 3 4 5
Verschlechterung an feuchten, dunstigen, modrigen Plätzen?	0 1 2 3 4 5
Nagelpilz?	0 1 2 3 4 5
Gluten-Intoleranz?	0 1 2 3 4 5
Wachstumsschmerzen als Kind?	0 1 2 3 4 5
Gefühl der Abhängigkeit von anderen?	0 1 2 3 4 5
Gefühl von Furcht vor drohendem Unheil?	0 1 2 3 4 5
Schwierigkeiten, Aufgaben zu Ende zu bringen?	0 1 2 3 4 5
Probleme beim Rechnen?	0 1 2 3 4 5
Sodbrennen?	0 1 2 3 4 5
Hämorrhoiden?	0 1 2 3 4 5
Hoher Blutdruck?	0 1 2 3 4 5
Nesselausschlag?	0 1 2 3 4 5

Nachlassen des Langzeit-Gedächtnisses?	0 1 2 3 4 5
Nachlassen des Kurzzeit-Gedächtnisses?	0 1 2 3 4 5
Nachlassen des Geruchssinns?	0 1 2 3 4 5
Nachlassen des Geschmackssinns?	0 1 2 3 4 5
Rückenschmerzen im Lendenwirbelbereich?	0 1 2 3 4 5
Tagträumen auch während wichtiger Arbeit ?	0 1 2 3 4 5
Schwache Finger-/Fußnägel?	0 1 2 3 4 5
Nägel haben Rillen?	0 1 2 3 4 5
Nägel schälen sich?	0 1 2 3 4 5
Nase oder Nebenhöhlen verstopft?	0 1 2 3 4 5
Nackenschmerzen?	0 1 2 3 4 5
Taubheit in den Zehen ohne Verletzung?	0 1 2 3 4 5
Ameisenlaufen in den Armen?	0 1 2 3 4 5
Regelmäßige Kopfschmerzen?	0 1 2 3 4 5
Tinnitus?	0 1 2 3 4 5
Schnelle Hautalterung?	0 1 2 3 4 5
Langsame Wundheilung?	0 1 2 3 4 5
Besenreiser-Varizen?	0 1 2 3 4 5
Löffelartig gebogene Nägel?	0 1 2 3 4 5
Magengeschwüre?	0 1 2 3 4 5
Starkes Schwitzen?	0 1 2 3 4 5
Geschwollene Knöchel?	0 1 2 3 4 5
Krampfadern?	0 1 2 3 4 5
Sehschwäche?	0 1 2 3 4 5

---

**ABSCHNITT 3 – BEWERTUNG DER ENTGIFTUNGSFÄHIGKEIT**

---

Bauchschmerzen?	0 1 2 3 4 5
Akne an Beinen oder Rücken?	0 1 2 3 4 5
Arthritis?	0 1 2 3 4 5
Mundgeruch?	0 1 2 3 4 5
Spannungsschmerz der Brust während Periode?	0 1 2 3 4 5
Brennende Schmerzen in Gelenken, Muskeln oder Haut?	0 1 2 3 4 5
Belegte Zunge?	0 1 2 3 4 5
Verlangen nach Alkohol?	0 1 2 3 4 5
Durchfall nach fettem Essen?	0 1 2 3 4 5
Verursachen chemische Belastung oder Gerüche Symptome?	0 1 2 3 4 5
Morgendliche Furcht vor dem Tag?	0 1 2 3 4 5
Ekzeme?	0 1 2 3 4 5
Nahrungsmittel-Allergien?	0 1 2 3 4 5
Wiederkehrende Hautausschläge?	0 1 2 3 4 5
Gallensteine?	0 1 2 3 4 5
Werden Probleme effektiv gelöst?	0 1 2 3 4 5
Hohes Cholesterin?	0 1 2 3 4 5
Vorangegangene Hepatitis?	0 1 2 3 4 5
Ich habe keine Hobbys oder Interessen, für die ich mich aktiv engagiere?	0 1 2 3 4 5
Wadenkrämpfe?	0 1 2 3 4 5
Muskelverspannungen ohne Training?	0 1 2 3 4 5
Häufiges Erwachen zwischen 2:00 und 4:00 Uhr morgens?	0 1 2 3 4 5
Schmerz oder Schwellung in Gelenken?	0 1 2 3 4 5
Tierhaarallergie?	0 1 2 3 4 5
Psoriasis?	0 1 2 3 4 5

Regelmäßig Verstopfung?	0 1 2 3 4 5
Regelmäßig Durchfall?	0 1 2 3 4 5
Regelmäßig Verdauungsstörungen?	0 1 2 3 4 5
Schmerzende Gelenke durch Training?	0 1 2 3 4 5
Tabakrauch ist sehr widerwärtig?	0 1 2 3 4 5
Einschlafstörungen?	0 1 2 3 4 5

## ABSCHNITT 4 – BEWERTUNG DER VITALITÄT

Dieser letzte Abschnitt beschäftigt sich mit Lebensumständen, die eventuell die Genesung verhindern oder verlangsamen. Veränderungen der Lebensgewohnheiten könnten viele dieser Umstände ausräumen. Anders ist es mit Einflüssen aus der Vergangenheit, die abgeschlossen bzw. nicht mehr veränderbar sind wie z.B. die Familiengeschichte.

20+ Pfund Übergewicht?	0 1 2 3 4 5
Pilot einer Fluggesellschaft?	0 1 2 3 4 5
Alkoholkonsum pro Woche?	0 1 2 3 4 5
Antibiotika-Einnahme (dieses Jahr oder öfter als drei Mal in den letzten zehn Jahren)?	0 1 2 3 4 5
Durchschnittlicher Stresslevel in den letzten drei Monaten?	0 1 2 3 4 5
Durchschnittlicher Stresslevel im letzten Jahr?	0 1 2 3 4 5
Durchschnittlicher Stresslevel im Laufe des Lebens?	0 1 2 3 4 5
Gegenwärtiger Stresslevel?	0 1 2 3 4 5
Weniger als 1 l Wasser pro Tag?	0 1 2 3 4 5
Weniger als 1 Stück Obst und 2 Portionen Gemüse pro Tag?	0 1 2 3 4 5
Öfter als 2 x / Woche auswärts essen?	0 1 2 3 4 5
Krebserkrankungen in der Familie?	0 1 2 3 4 5
Diabetes in der Familie?	0 1 2 3 4 5
Herzkrankheiten in der Familie?	0 1 2 3 4 5

Geisteskrankheiten in der Familie?	0 1 2 3 4 5
Schlaganfall in der Familie?	0 1 2 3 4 5
Kein Interesse mehr an früheren Hobbys?	0 1 2 3 4 5
Hoffnungslosigkeit?	0 1 2 3 4 5
Wenig Mitgefühl mit anderen?	0 1 2 3 4 5
Kein Ziel / Bestimmung haben?	0 1 2 3 4 5
Das Leben ist sinnlos?	0 1 2 3 4 5
Kein Interesse am Leben?	0 1 2 3 4 5
Cortison-Einnahme?	0 1 2 3 4 5
Krankenhausaufenthalt in den letzten 12 Monaten ohne Notfall?	0 1 2 3 4 5
Notfall-Krankenhausaufenthalt in den letzten 12 Monaten ohne Unfall / Verletzung?	0 1 2 3 4 5
Wenig oder keine sportliche Aktivität?	0 1 2 3 4 5
Größere Lebensveränderung (Scheidung, Jobverlust, Umzug, Tod eines geliebten Menschen, etc.)?	0 1 2 3 4 5
Häufig Abendessen nach 20:00 Uhr?	0 1 2 3 4 5
Orale Kontrazeptiva (früher oder jetzt)?	0 1 2 3 4 5
Schwerer Unfall oder Verletzung im Laufe des Lebens?	0 1 2 3 4 5
Ca. 1 x / Jahr krank?	0 1 2 3 4 5



Häufiger als 1 x / Jahr krank?	0 1 2 3 4 5
Raucher?	0 1 2 3 4 5
Weniger als 15 min direkte Sonne pro Tag?	0 1 2 3 4 5
Operation wegen Unfall / Verletzung?	0 1 2 3 4 5
Operation an Gelenk?	0 1 2 3 4 5
Operation an innerem Organ?	0 1 2 3 4 5
Andere Operation?	0 1 2 3 4 5
Mehr als 2 Medikamente pro Tag?	0 1 2 3 4 5
Dauernd großer Stress?	0 1 2 3 4 5
Täglich Computerarbeit?	0 1 2 3 4 5

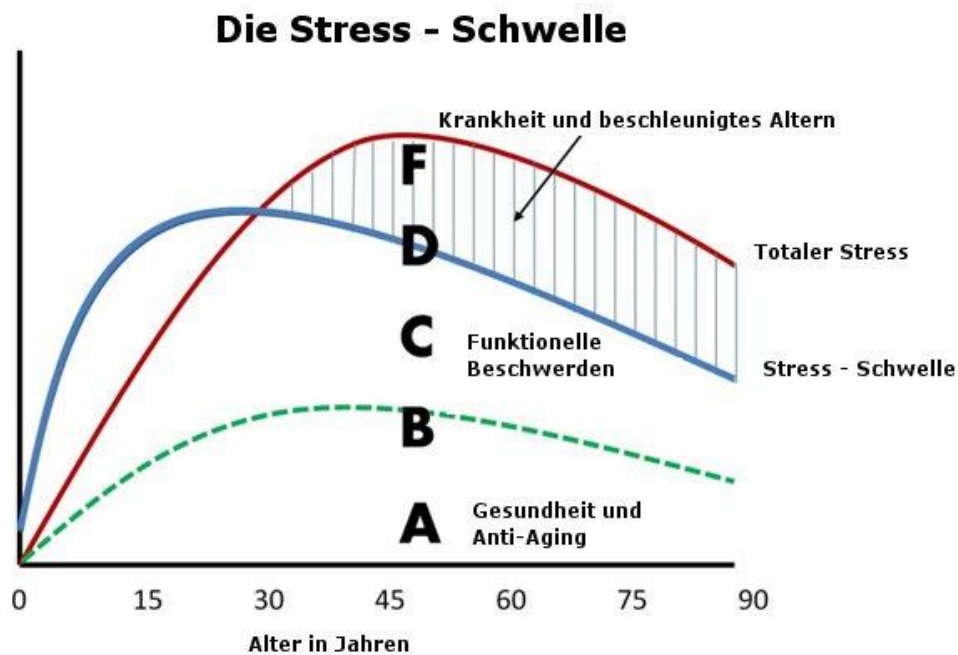
## ANALYSE DER RESULTATE

---

Um Ihren allgemeinen Gesundheitsstatus zu berechnen, zählen Sie nun die Antwort-Ziffern in jedem Abschnitt zusammen. Dann addieren Sie die Summen der ersten drei Abschnitte für die erste Auswertung. Abschnitt 4 wird extra berechnet. Wenn Sie alle Abschnitte so ausgerechnet haben, finden Sie den entsprechenden Gesundheitsgrad auf der Karte unten.

GRAD	ABSCHNITT 1-3 SUMME	ABSCHNITT 4 VITALITÄT	KOMMENTAR
A	<50	<40	Wenig funktionelle Probleme mit hoher Vitalität
B	<70	<50	Geringe bis mäßige funktionelle Probleme, gute Vitalität
C	<90	<60	Mäßige funktionelle Beschwerden, mäßige Vitalität
D	<110	<70	Starke funktionelle Beschwerden, erniedrigte Vitalität
F	>130	>80	Stärkste funktionelle Beschwerden, niedrige Vitalität

Nun zeichnen Sie Ihren Wert bei dem entsprechenden Buchstaben und Lebensalter in der Stress-Schwellen-Grafik unten ein. Das ist Ihr aktueller Stand der funktionellen Gesundheit.



**Bild 1: Bewertung der Stress-Schwelle**

Die goldene Regel der Gesundheitsprävention sagt, dass die beste Zeit, ein Problem zu lösen ist, bevor es entsteht. Jedoch scheint die menschliche Natur anders zu sein. Die meisten Hilfe Suchenden warten, bis sich Dutzende von funktionellen Beschwerden angesammelt haben, entsprechend Grad C, D oder F auf der obigen Skala. Wenn das in Ihrem Fall zutrifft, machen Sie sich keine Sorgen. Funktionelle Bio-Analyse führt auch diejenigen zu einer besseren Gesundheit, denen nicht geholfen werden konnte oder die nicht ernst genommen wurden in ihrem Leiden. Das Know how aus *Hoffnung auf Gesundheit* von Dr. Scott Monk zeigt die wissenschaftliche und komplementärmedizinische Strategie dazu.

Nachdem nun klar geworden ist, was eine funktionelle Krankheit eigentlich ist, ist es an der Zeit zu entdecken, wie sie entsteht und welche Mechanismen im Körper sie aufrechterhalten. Dieses Wissen ist sehr von Nutzen für ein langes Leben in Gesundheit.