

Gesundheitsfragebogen

Name	Vorname
Beruf	Geburtsdatum
Strasse	Geschlecht
PLZ / Ort	Telefon
e-Mail	

Grösse in cm	Gewicht in kg
BMI	Bauchumfang
Fett in %	Oberschenkelumfang
Wasser in %	Hüftumfang
Statistischer Grundumsatz	

Blutdruck	Puls
Cholesterin	Blutzucker
Harnsäure	

Sind Sie in ärztlicher Behandlung? Wenn ja, bei wem? (inkl. Telefonnummer)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Nehmen Sie vom Arzt verordnete Medikamente ein?

<input type="checkbox"/> psychische Beschwerden	<input type="checkbox"/> Morbus Parkinson
<input type="checkbox"/> erhöhtes Cholesterin	<input type="checkbox"/> Krebs / Krebsnachsorge
<input type="checkbox"/> Epilepsie	<input type="checkbox"/> Osteoporose
<input type="checkbox"/> Lebererkrankungen	<input type="checkbox"/> Schlafstörungen
<input type="checkbox"/> Multiple Sklerose	
<input type="checkbox"/> Migräne / Kopfschmerzen	
<input type="checkbox"/> Schmerzen allgemein	
<input type="checkbox"/> erhöhter Blutdruck	

Ausserdem nehme ich

<input type="checkbox"/> Diuretika	<input type="checkbox"/> Hormonpräparate (Wechseljahre/Pille)
<input type="checkbox"/> Vitaminpräparate	<input type="checkbox"/> andere

Welche Beschwerden treffen auf Sie zu?

Immunsystem	Magen	Wechseljahre
<input type="checkbox"/> häufig erkältet	<input type="checkbox"/> Erbrechen	<input type="checkbox"/> Hitzewallungen
<input type="checkbox"/> Müdigkeit	<input type="checkbox"/> Magenbrennen	<input type="checkbox"/> Nervosität
<input type="checkbox"/> Vitalitätsverlust	<input type="checkbox"/> Völlegefühl	<input type="checkbox"/> Schlafstörungen
<input type="checkbox"/> Entzündungen	<input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> innere Unruhe
<input type="checkbox"/> Konzentrations-schwierigkeiten	<input type="checkbox"/> Magendruck / Magenschmerzen	
<input type="checkbox"/> Leistungsknick		
Übersäuerung / Entzündungen	Haut	Sport
<input type="checkbox"/> Rheuma	<input type="checkbox"/> Psoriasis	<input type="checkbox"/> nächtliche Muskelkrämpfe
<input type="checkbox"/> Gicht	<input type="checkbox"/> Neurodermitis	<input type="checkbox"/> schlechte Regeneration
<input type="checkbox"/> latente Übersäuerung	<input type="checkbox"/> trockene Haut	<input type="checkbox"/> häufig verletzt
<input type="checkbox"/> Zahnfleischbluten	<input type="checkbox"/> unreine Haut	<input type="checkbox"/> verminderte Leistungsfähigkeit
	<input type="checkbox"/> Akne	
	<input type="checkbox"/> schuppige Haut	<input type="checkbox"/> schlapp
	<input type="checkbox"/> Warzen	
Darm	Herz-Kreislauf	Sonstiges
<input type="checkbox"/> Blähungen	<input type="checkbox"/> hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/> Schlafstörungen
<input type="checkbox"/> Verstopfung	<input type="checkbox"/> Cholesterin	<input type="checkbox"/> depressive Stimmungslage
<input type="checkbox"/> Durchfall	<input type="checkbox"/> Angina Pectoris	<input type="checkbox"/> Schwindel
<input type="checkbox"/> Hämorrhoiden		<input type="checkbox"/> Reizbarkeit und innere Unruhe
Allergien	Gelenke	
<input type="checkbox"/> Asthma	<input type="checkbox"/> Arthrose	
<input type="checkbox"/> Lebensmittel	<input type="checkbox"/> Arthritis	
<input type="checkbox"/> Heuschnupfen	<input type="checkbox"/> Polyarthritits	

Rauchen Sie?

Nein Ja

Nein, Sport und Bewegung sind nicht meine Sache

Ja 1/2 Std. / Tag 1 Std. / Tag 3 Std. / Woche 3-5 Std. / Woche

Welche Diäten haben Sie schon ausprobiert?

--

Nehmen oder nahmen Sie Produkte / Schlankheitsmittel zum Abnehmen?

--

Ernährungsgewohnheiten

	Nie	Gelegentlich	Täglich	Mehrmals täglich
Frische Salate (Rohkost)				
Obst, frische Obstsäfte				
Gemüse, frische Gemüsesäfte				
Vollkornprodukte				
Hülsenfrüchte				
Joghurt, Frischmilchprodukte, Käse				
Frittiertes, Paniertes				
Wurst, Geräuchertes				
Fleisch				
Fisch				
Fertiggerichte				
Fast Food				
Süßwaren				

Getränke

Kaffee		Tassen/Tag	Wein		dl/Woche
Tee		Tassen/Tag	Bier		dl/Woche
Wasser		dl/Tag	Süßgetränke		dl/Woche

Wie beschreiben Sie Ihren Gesundheitszustand im allgemeinen?

Sehr gut
 gut
 weniger gut
 schlecht

Sind Sie durch Ihren derzeitigen Gesundheitszustand bei diesen Tätigkeiten eingeschränkt?

	stark eingeschränkt	leicht eingeschränkt	nicht eingeschränkt
mittelschwere Tätigkeiten , z.B. einen Tisch verschieben, staubsaugen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mehrere Treppenabsätze steigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Worauf können / wollen Sie in Bezug auf die Ernährung nicht verzichten?

Welches sind Ihre gesundheitlichen Ziele?

Was erwarten Sie von der Behandlung?

Ich stimme einer Blutentnahme zu Visum

Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt.

Ort und Datum	Unterschrift