

FRAGEBOGEN

Allgemeine Angaben	
Name	
Straße	
PLZ/ Ort	
Telefon	
Handy	
E-Mail-Adresse	
Geburtsdatum	
Familienstand	
Beruf/ Tätigkeit	
Empfehlung durch	
Krankenkasse	
Gewicht (kg)	
Größe (cm)	

Erkrankungen	Welche? Seit wann?	Erkrankungen	Welche? Seit wann?
Übergewicht	BMI	Stoffwechselerkr.	
Untergewicht	BMI	Hauterkrankungen	
Diabetes		Nierenerkrankungen	
Fettstoffwechselstörung		Lebererkrankungen	
Bluthochdruck		Osteoporose	
Gicht		Tumorerkrankungen	
Magen-Darm Probleme		Bewegungsapparat	
LM-Intoleranz/Allergien		Sonstiges:	
Schilddrüsenerkrankungen			
Herzerkrankungen			

Medikamente	Welches?	Medikamente	Welches?
Blutdruckmittel		Pille	
Cholesterinsenker		Nahrungsergänzung	
Schilddrüsentabletten		Antibiotika (letzte Einnahme)	
Psychopharmaka		Sonstiges:	
Säureblocker			

Anliegen/ Ziele/ Wünsche: