

FRAGEBOGEN

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

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: