FRAGEBOGEN

Allgemeine Angaben	
Name, Vorname	
Straße, Hausnummer	
PLZ, Wohnort	
Telefon-Festnetz	
Telefon-Mobil (Handy)	
E-Mail-Adresse	
Geburtsdatum	
Familienstand	
Beruf, Tätigkeit	
Empfehlung durch	
Krankenkasse	
Geschlecht	
Gewicht (kg)	
Größe (cm)	

Mein Zeitfenster für Termine:

Erkrankungen	Welche?	Seit?	Erkrankungen	Welche?	Seit?
Übergewicht (BMI)			Stoffwechsel		
Untergewicht (BMI)			Haut		
Diabetes			Nieren		
Fettstoffwechselstörung			Leber		
Bluthochdruck			Osteoporose		
Gicht			Tumor		
Magen-Darm			Bewegungsapparat		
LM-Unverträglichkeit			**Sonstiges:**		
LM-Allergie					
Schilddrüse					
Herz					

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

Sonstiges:

WÜNSCHE/ ZIELE: