

Aufnahmebogen / Gesundheitsfragen

Sie haben sich für eine Diagnostik / Behandlung bei Zaluto.Med entschlossen. Zur Vorbereitung Ihres Termins bitten wir Sie um die Beantwortung einiger Fragen.

Angaben zur Person

Name:	Vorname:
Geburtsdatum:	Beruf:
Straße, Hausnummer:	PLZ, Ort:
Telefon:	eMail:

Allgemeine Angaben:

Wegen welcher Beschwerden wünschen Sie eine Beratung / Behandlung?

Welche weiteren Beschwerden habe Sie (auch gelegentlich)? Wenn ja, seit wann?

Was beschreibt Ihre Ernährungsform (Veganer, Vegetarier, Mischköstler, u.ä.) am Besten?

Nehmen Sie Nahrungsergänzungsmittel ein? Wenn ja welche?

Beschwerdebilder unterliegen oft einer Kombination von Nährstoffdefiziten bzw. -überschuss. Die Einnahme einzelner Substanzen kann das Bild verändern. Daher ist es hilfreich, wenn Sie uns mitteilen, auf welcher Grundlage Sie Ihre Nahrungsergänzungsmittel ausgewählt haben?

Professionelle Beratung:	Empfehlung:	Eigenanalyse:
--------------------------	-------------	---------------

Bei Frauen Angaben zu Menstruation (z.B. Häufigkeit / Dauer, Störungen, Menopause seit)

Wie beschreiben Sie Ihren Schlaf (z.B. Schlafzeit, Einschlaf- oder Durchschlafstörungen)?

Gibt es Nahrungsmittelunverträglichkeiten? Wenn ja, welche?

Wenn Ihnen Blutwerte vorliegen, fügen Sie bitte eine Kopie (z.B. abfotografiert) bei.

Erforderlich für Dosierungsempfehlungen:
Gewicht:
Erforderlich für Dosierungsempfehlungen:
Größe:

(Datum / Ort)
Ort, Datum

(Unterschrift, bzw. gesetzlicher Vertreter)
Unterschrift

Gesundheitsfragen

Würde Sie sich als gesund bezeichnen?

Wenn Nein, bitten wir um ein paar weitere Angaben:

Welche Medikamente / Hormone (auch „Pille“) nehmen Sie (auch frei verkäufliche Schmerzmittel)?

Wurden an Ihnen Operationen durchgeführt?

Haben Sie aktuell oder sind bei Ihnen Infektionserkrankungen aufgetreten (z.B. Hepatitis [Leberentzündung, Gelbsucht], HIV, andere). Wenn ja, welche?

Haben Sie Allergien, Neurodermitis oder Asthma? Wenn Allergien, welche?

Sind bei Ihnen Arzneimittelunverträglichkeiten bekannt? Wenn ja, für welche Medikamente?

Haben Sie Probleme mit örtlichen Betäubungsmitteln?

Haben Sie Blutgerinnungsstörungen / Gefäßerkrankungen (z.B. häufig Blutergüsse)?

Haben Sie Stoffwechselstörungen (z.B. Diabetes)? Wenn ja, welche?

Sind bei Ihnen Funktionsstörungen der Schilddrüse bekannt? Wenn ja, seit wann?

Gibt es andere Störungen (z.B. Autoimmunerkrankungen)? Wenn ja, welche?

Gibt es bei Ihnen familiäre Leiden? Wenn ja, welche?

Genetische oder familiäre Erkrankungen

Wie ist Ihr Zahnstatus (z.B. Lücken, Amalgam, Parodontose)?

Gibt es aus Ihrer Sicht noch etwas, dass wir wissen sollten oder dass Sie sich wünschen?

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Datum
DD.MM.JJJJ

Unterschrift (bzw. gesetzlicher Vertreter)