

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?

**Haben Sie weitere Beschwerden?**

Herz-/Kreislauf  
 Magen-Darm  
 Niere/ableitende Harnwege  
 Bewegungsapparat  
 Nervensystem  
 hormonelles System  
 Sinnesorgane  
 Haut  
 Abwehrsystem  
 Lymphsystem

*weitere Angaben  
auf der S. 2*

**Haben Sie Schlafstörungen?**

Einschlafprobleme  
 Durchschlafprobleme  
 müde trotz genug Schlaf  
 andere:

**Bei Frauen:**

PMS  
 Menopause  
 Postmenopause  
 andere:

**Was beschreibt Ihre Ernährungsform am Besten?**

Mischköstler (inkl. Fisch/Fleisch)  
 Vegetarier  
 Veganer  
 Flexitarier  
 andere:

Beschwerdebilder unterliegen oft einer Kombination von Nährstoffdefiziten bzw. -überschuss Die Einnahme einzelner Substanzen verändert das Bild.

**Nehmen Sie Nahrungsergänzungsmittel ein? Wenn ja, welche:**

**Gibt es Nahrungsmittelunverträglichkeiten? Wenn ja, welche?**

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

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

(Datum / Ort)

(Unterschrift, bzw. gesetzlicher Vertreter)



**Würde Sie sich als gesund bezeichnen?** ja nein eingeschränkt

Welche Medikamente nehmen Sie (auch frei verkäufliche Schmerzmittel)?

Nehmen Sie Hormone (auch Pille, Hormonspirale, Gele, pflanzliche hormonell wirksame Produkte)?

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

nein ja und zwar:

Haben Sie Probleme mit örtlichen Betäubungsmitteln? nein ja

**Haben Sie / haben Sie gehabt?**

nein ja Operationen Welche:

nein ja Infektionskrankheiten Welche:

nein ja Parodontose/-itis

nein ja rheumatische Erkrankungen Welche:

nein ja Covid19

nein ja post-Covid

nein ja entzündliche Darmerkrankungen Welche:

nein ja Allergien

nein ja Neurodermitis

nein ja Asthma

nein ja Autoimmunerkrankungen Welche:

nein ja Blutgerinnungsstörungen

nein ja Gefäßerkrankungen Welche:

nein ja Stoffwechselstörungen Diabetes Hypothyreose Hyperthyreose

nein ja familiäre Leiden

nein ja Amalgamfüllungen

nein ja bekannte Schadstoff-Expositionen Welche:

**Antibiotika-Einnahme:**

als Kind: 1x häufiger

als Erwachsener: 1x häufiger

**Entbindung (soweit bekannt) :**

eigene: Kaiserschnitt natürliche Geburt

gestillt: ja nein

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

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Datum

Unterschrift (bzw. gesetzlicher Vertreter)