

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?

Operationen

Welche:

Infektionskrankheiten außer CoVid

Welche:

Parodontose/-itis

rheumatische Erkrankungen

Welche:

Covid19

post-Covid

entzündliche Darmerkrankungen

Welche:

Allergien

Neurodermitis

Asthma

Autoimmunerkrankungen

Welche:

Blutgerinnungsstörungen

Gefäßerkrankungen

Welche:

Stoffwechselstörungen Diabetes

Hypothyreose

Hyperthyreose

familiäre Leiden

Amalgamfüllungen

bekannte Schadstoffbelastungen:

Antibiokaeeinnahmen:

als Kind: 1x häufiger

als Erwachsener: 1x häufiger

Eigene Entbindung (soweit bekannt) :

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)