

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, Hausnr.:	PLZ, Ort:
Tel.:	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:

(Datum / Ort)

Größe: Erforderlich für Dosierungsempfehlungen:

(Unterschrift, bzw. gesetzlicher Vertreter)



Würde Sie sich als gesund bezeichnen? ja nein eingeschränkt

Welche Medikamente nehmen Sie (auch frei verkäuflich Schmerzmittel)?

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

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

nein ja und zwar:

Haben Sie Probleme mit örtlichen Betäubungsmitteln? nein ja

Haben Sie / haben Sie gehabt?

- | | | | |
|-----------------------------------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> | Operationen | Welche: | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> | Infektionskrankheiten | Welche: | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> | Parodontose/-itis | | |
| <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> | rheumatische Erkrankungen | Welche: | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> | Covid19 | | |
| <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> | post-Covid | | |
| <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> | entzündliche Darmerkrankungen | Welche: | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> | Allergien | | |
| <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> | Neurodermitis | | |
| <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> | Asthma | | |
| <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> | Autoimmunerkrankungen | Welche: | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> | Blutgerinnungsstörungen | | |
| <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | Gefäßerkrankungen | Welche: | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> | Stoffwechselstörungen | Diabetes <input type="checkbox"/> | Hypothyreose <input type="checkbox"/> |
| | | | Hyperthyreose <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> | familiäre Leiden | | |
| <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> | Amalgamfüllungen | | |
| <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> | bekannte Schadstoff-Expositionen | Welche: | <input type="text"/> |

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?

Wiesind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Datum

Unterschrift (bzw. gesetzlicher Vertreter)