

Aufnahmebogen / Gesundheitsfragen



Vielen Dank, dass Sie sich für eine Diagnostik / Behandlung bei Zaluto.Med entschieden haben. Zur optimalen Vorbereitung Ihres Termins bitten wir Sie, die folgenden Fragen zu beantworten.

1. Persönliche Angaben

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Beruf:

Straße, Hausnr.:

PLZ, Ort:

Telefon:

E-Mail:

Wegen welcher Hauptbeschwerden wünschen Sie eine Beratung / Behandlung?

2. Allgemeine und Ernährungsinformationen

Gewicht: kg Größe: cm Geburtsdatum: Geschlecht:

Haben Sie weitere Beschwerden? (Bitte beachten Sie auch die Liste zum Ankreuzen auf der zweiten Seite)

Was beschreibt Ihre Ernährungsform am besten?

- Mischköstler (inkl. Fisch/Fleisch)
- Vegetarier
- Veganer
- Flexitarier
- Andere (und zwar):

Gibt es Nahrungsmittelunverträglichkeiten?

- Ja
- Nein

Nehmen Sie Nahrungsergänzungsmittel ein?

3. Gesundheitliche Informationen

Störungen des/der:

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

Bei Frauen:

- PMS (Prämenstruelles Syndrom)
- Menopause (Wechseljahre)
- Postmenopause
- Andere

Wie beurteilen Sie selber Ihren Gesundheitszustand?

- Ich würde mich als gesund bezeichnen.
- Ich würde mich als eingeschränkt gesund bezeichnen.
- Es liegen Autoimmunerkrankungen vor.

Nehmen Sie aktuell Medikamente ein (auch rezeptfreie Pharmaka)?

Nehmen Sie Hormone ein (z.B. Pille, Hormonspirale, Gele, pflanzliche hormonell wirksame Produkte)?

Was traf / trifft für Sie von der folgenden Liste zu:

- | | |
|---|--|
| <input type="radio"/> Operationen | <input type="radio"/> Neurodermitis |
| <input type="radio"/> Infektionskrankheiten | <input type="radio"/> Asthma |
| <input type="radio"/> Parodontose/-itis | <input type="radio"/> Blutgerinnungsstörungen |
| <input type="radio"/> Rheumatische Erkrankungen | <input type="radio"/> Gefäßerkrankungen |
| <input type="radio"/> Covid-19 | <input type="radio"/> Stoffwechselstörungen |
| <input type="radio"/> Post-Covid | <input type="radio"/> Familiäre Leiden |
| <input type="radio"/> Entzündliche Darmerkrankungen | <input type="radio"/> Amalgamfüllungen |
| <input type="radio"/> Allergien | <input type="radio"/> Bekannte Schadstoff-Expositionen |

Sind bei Ihnen Arzneimittelunverträglichkeiten bekannt?

- Ja
- Nein

Sollten Ihnen Blutwerte vorliegen, fügen Sie bitte eine Kopie bei.

4. Sonstiges

Haben Sie Schlafstörungen?

- Einschlafprobleme
- Durchschlafprobleme
- Müde trotz genug Schlaf
- nächtliches Knirschen
- Andere (bitte beschreiben):

Antibiotika-Einnahme:

- Als Kind: 1x
- Als Kind: häufiger
- Als Erwachsener: 1x
- Als Erwachsener: häufiger

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

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?:

Ort, Datum:

Unterschrift (bzw. gesetzlicher Vertreter):