



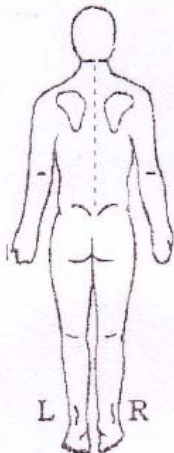
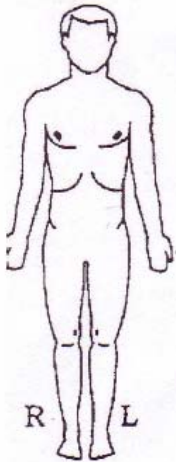
<b>Name:</b>	<b>Geburtsdatum/Alter:</b>	<b>Telefonnummer:</b>
<b>Adresse:</b>		
<b>Email-Adresse:</b>		
<b>Beruf:</b>		
<b>Sport/Bewegung:</b>		
<b>Blutdruck:</b>		
<b>Blutzucker:</b>		
Raucher: ja: <input type="checkbox"/> nein: <input type="checkbox"/> Menge:		
Ex-Raucher: ja: <input type="checkbox"/> nein: <input type="checkbox"/> Menge:		
<b>Medikamente/Nahrungsergänzungsmittel (auch früher):</b>		
<b>Krankheiten (chronisch, Auffälliges in der Kindheit):</b>		
<b>Krankheiten aktuell:</b>		
<b>Operationen (&amp; wann?):</b>		
Knochenbrüche: ja: <input type="checkbox"/> nein: <input type="checkbox"/> welche:		
<b>Allergien (&amp; seit wann? Nahrungsmittel, Staub etc.):</b>		
Implantate: ja: <input type="checkbox"/> nein: <input type="checkbox"/> welche:		



<b>Prothesen:</b> ja: <input type="checkbox"/> nein: <input type="checkbox"/> <b>welche:</b>
<b>Zähne:</b>
<b>Immunsystem (Viruserkrankungen?):</b>
<b>Brille:</b>
<b>Schlaf:</b> <span style="float: right;"><b>Stunden:</b></span>
<b>Verdauung (Schmerzen, etc?):</b>
<b>Stuhlgang regelmäßig?:</b>
<b>Gewichtsschwankungen (Zu-Abnahme?):</b> <b>Auch in der Kindheit:</b>
<b>Erkrankungen in der Familie:</b>
<b>Hautprobleme:</b>
<b>Schwanger:</b> ja: <input type="checkbox"/> nein: <input type="checkbox"/> <b>Kinder:</b> <input type="checkbox"/> <b>Auffälligkeiten bei Schwangerschaft/Geburt:</b>
<b>Kaiserschnitt:</b> ja: <input type="checkbox"/> nein: <input type="checkbox"/>
<b>Auffälligkeiten eigene Geburt:</b>
<b>Besonderheiten Periode:</b>
<b>Menopause:</b> ja: <input type="checkbox"/> nein: <input type="checkbox"/>
<b>Emotionale Belastungen (momentan/früher):</b> leicht <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> stark <input type="checkbox"/>
<b>Alkoholkonsum (auch früher):</b>
<b>Unfälle:</b>
<b>Befunde:</b>



Bitte markieren Sie mir Narben (OP, etc...) und auffällige Hautstellen:



**Varizen:**

**Schwellungen (Ödeme):**

**Hormonstatus:**

**Schilddrüsenprobleme:**

**Schwindel:**

**Gelenksprobleme:**

**Tier-/Zeckenbisse:**

**Wenn Schmerzen, Schmerzstärke (1-10=sehr stark):**

**Sonstiges:**

**Ich bestätige, dass alle meine Angaben der Wahrheit entsprechen. Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich mit den allgemeinen Geschäftsbedingungen & Datenschutz einverstanden.**

**Ort, Datum**

**Unterschrift**