

Anamnese

Hatten Sie in der Vergangenheit oder haben Sie derzeit irgendeine der folgenden Beschwerden:

Hoher Blutdruck nein ja
Details, falls ja: _____

Blutdruckprobleme nein ja
Details, falls ja: _____

Diabetes mellitus nein ja
Details, falls ja: _____

Probleme mit den Blutgefäßen (z.B. Gefäßverschlüsse , Durchblutungsstörungen, Thrombose, Krampfadern, Schlaganfall) nein ja
Details, falls ja: _____

Hormonelle Störungen (einschliesslich Schilddrüsenfunktionsstörungen) nein ja
Details, falls ja: _____

Herzkrankheiten (einschliesslich Herzinfarkt) nein ja
Details, falls ja: _____

Wirbelsäulenenprobleme oder Osteoporose nein ja
Details, falls ja: _____

Hatten Sie eine oder mehrere Operation/en nein ja
Details, falls ja (wann/was): _____

Stehen Sie vor einer Operation nein ja
Details, falls ja: _____

Hatten Sie je eine Transplantation nein ja
Details, falls ja: _____

Wurde bei Ihnen eine schwerwiegende Infektionskrankheit wie z.B. Hepatitis oder eine HIV Infektion festgestellt? nein ja
Falls ja, beschreiben Sie bitte die Art der Behandlung:

Wurden schweren Erkrankungen wie z.B. Krebs festgestellt nein ja

Leiden Sie an irgendwelchen chronischen Symptomen oder anderen körperlichen Beschwerden? nein ja
Details, falls ja: _____

Nehmen Sie Drogen oder trinken Sie regelmäßig Alkohol? Oder haben Sie das in der Vergangenheit getan? nein ja
Details, falls ja: _____

Haben Sie sich zum Entzug in Behandlung gegeben? nein ja
Details, falls ja: _____

Rauchen Sie? nein ja
Details, falls ja: _____

Sind Sie zur Zeit oder waren Sie in letzten Jahren in psychiatrischer oder psychologischer Behandlung? Wenn ja, beschreiben Sie bitte, welche Art von Behandlung nein ja
Details, falls ja: _____

Sind bei Ihnen Wahnvorstellungen oder Halluzinationen aufgetreten nein ja
Details, falls ja: _____

Haben Sie derzeit oder hatten Sie Angszustände, Depressionen oder Panikattacken nein ja
Details, falls ja: _____

Haben Sie derzeit oder hatten Sie jemals eine Essstörung? nein ja
Details, falls ja: _____

Haben Sie irgendwelche Einschränkungen Ihrer Seh-oder Hörfähigkeit oder Ihrer Beweglichkeit nein ja
Details, falls ja: _____

Sind Sie derzeit oder waren Sie in den letzten Jahren in einer regelmäßigen medizinischen Behandlung nein ja
Details, falls ja: _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente nein ja
Details, falls ja und in welcher Dosierung?

Welche Infektions- und Kinderkrankheiten hatten Sie?

Treiben Sie regelmäßig Sport? nein ja

Gehen Sie vorwiegend einer sitzenden Tätigkeit nach? ja nein

Sind Allergien gegen Medikamente, Pollen, Lebensmittel bekannt? ja nein
Wenn ja, welche?

Wurde bei Ihnen eine Harnsäureerhöhung (Gicht) festgestellt? ja nein

Haben Sie eine Blutungsneigung, Blutarmut oder eine Gerinnungsstörung? ja nein

Leiden Sie unter einer Rheumaerkrankung? ja nein

Haben oder hatte Sie schon einmal Krampfanfälle (Epilepsie)? ja nein

Leiden Sie unter Grünem Star (Glaukom) oder Grauem Star (Katarakt)? ja nein

Sind Sie grundsätzlich damit einverstanden, dass ich Sie in meinen Newsletter mitaufnehme? ja nein

Ich bestätige hiermit, dass die von mir im obigen Fragebogen gemachten Angaben der Wahrheit entsprechen, vollständig und korrekt sind.

Vorname _____ Nachname _____

Straße _____ Postleitzahl _____ Stadt _____

Land _____ Telefon _____ mobil _____

Email _____ Geburtsdatum: _____

Datum ___/___/___ und Ort _____ Unterschrift _____