

Gesundheitsfragebogen



PERSÖNLICHE DATEN

Name:

Anschrift:

Telefonnummer:

Email:

Krankenversicherung:

VORAB

Welches Anliegen führt Sie zu uns?

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Mitbehandelnde Fachärzte und Therapeuten:

ALLGEMEINE GESUNDHEITSFragen

Wie bewerten Sie Ihr Energielevel? 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Wöchentliche Sportaktivitäten:

Raucherstatus: Ja Nein

Alkoholkonsum:

Leben Sie alleine oder in einer Wohngemeinschaft/Partnerschaft? Haben Sie Kinder?

Beziffern Sie Ihr Stressniveau.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Praktizieren Sie Entspannungstechniken? Ja Nein

Wie erholsam schlafen Sie? 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

MEDIZINISCHE VORGESCHICHTE

Chronische Erkrankungen: _____

Sind Sie schon einmal im Krankenhaus gewesen, wenn ja weshalb? _____

Bitte nennen Sie nachfolgend alle Medikamente/Supplemente, die Sie einnehmen: _____

Familiäre Vorbelastungen: Herz-Kreislauf, Krebs, neurologische Erkrankungen?

ZAHNMEDIZINISCHE INFORMATIONEN

Gehen Sie regelmäßig zum Zahnarzt? Ja Nein

Gibt es tote Zähne? _____

Tragen Sie Amalgamfüllungen oder Retainer? _____

Zahngesundheitseinschätzung: _____

ERNÄHRUNG UND VERDAUUNG

Verfolgen Sie eine spezielle Ernährungsweise? _____

Gibt es bekannte Unverträglichkeiten oder Nahrungsmittel, die Ihnen nicht gut bekommen?

Stuhlgangshäufigkeit: _____

Stuhlkonsistenz: _____

Ort & Datum

Unterschrift