



Gesundheitsfragebogen

Name: _____
Strasse: _____
Telefon: _____
E-Mail: _____

Vorname: _____
PLZ/Ort: _____
Mobile: _____
Geb.-Datum: _____

Was ist das Ziel der Beratung?

- Gewichtsreduktion
- Fitness verbessern
- Allgemeines Wohlbefinden steigern
- Schlafqualität verbessern
- Verdauung verbessern
- Kopfschmerzen lindern
- Andere _____

Sind Sie sportlich aktiv?

Wenn ja, welche Sportart betreiben Sie und wie häufig? Ja Nein

Sind Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung?

Wenn ja, warum? Ja Nein

Hatten Sie Operationen?

Wenn ja, welche? Ja Nein



Benötigen Sie Notfallmedikamente?

Wenn ja, welche?

Ja

Nein

Leiden Sie unter Allergien bzw. Nahrungsmittelallergien?

Wenn ja, welche?

Ja

Nein

Sind bei Ihnen Nahrungsmittelunverträglichkeiten bekannt?

Wenn ja, welche?

Ja

Nein

Leiden Sie chronischen Hauterkrankungen?

Wenn ja, an welchen?

Ja

Nein

Nehmen Sie Hormonpräparate?

Wenn ja, welche?

Ja

Nein

Trinken Sie regelmässig Alkohol?

Wenn ja, wie viel und wie oft?

Ja

Nein

Rauchen Sie?

Wenn ja, wieviel?

Ja

Nein



Wurde bei Ihnen eine Schilddrüsenerkrankung diagnostiziert?

Wenn ja, welche?

Ja

Nein

Sind Sie zur Zeit schwanger?

Ja

Nein

Leiden Sie unter Epilepsie?

Ja

Nein

Leiden Sie unter Eisenmangel/Blutarmut?

Ja

Nein

Haben Sie Rücken- oder Gelenkbeschwerden?

Ja

Nein

Möchten Sie weitere gesundheitliche Informationen ergänzen?

Wenn ja, welche?

Ja

Nein

Hinweis

Diese Angaben sind für eine optimale Beratung von entscheidender Bedeutung. Darf ich Sie bitten, diese Fragen wahrheitsgetreu zu beantworten, sie werden vertraulich behandelt.

Ort, Datum

Unterschrift
