

Persönliche Informationen

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: Tag Mon Jahr
Adresse: _____ Geschlecht: ☐ M ☐ W ☐ D
Email Adresse: _____ Telefon: _____
Beruf: _____ Familienstand: _____

Vorerkrankungen

☐ Magen-Darm-Erkrankung ☐ Asthma / Lungenerkrankung ☐ Neurologische Erkrankung ☐ Bluthochdruck
☐ Psychische Erkrankung ☐ Herz-Kreislauf-Erkrankung ☐ Diabetes ☐ Intoleranzen
☐ Sonstiges: _____

Lebensgewohnheiten

Rauchen / Menge: _____ Ernährung: _____
Alkohol / Häufigkeit: _____ Aktivität / Sport: _____
Schlafgewohnheiten: _____

Nehmen Sie Medikamente ein?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche? _____

Haben Sie Allergien?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche? _____

Familienanamnese

Gibt es erbliche Familienerkrankungen?

☐ Krebserkrankung ☐ Diabetes ☐ Psychische Erkrankung
☐ Herz-Kreislauf-Erkrankung ☐ Andere: _____

Hiermit erkläre ich, dass die vorstehenden Angaben wahrheitsgemäß und vollständig sind

Unterschrift: _____

Datum: _____ / _____ / _____