

## Gesundheitsfragebogen

Name: \_\_\_\_\_ geb.am: \_\_\_\_\_ Anschrift: \_\_\_\_\_

---

### Angaben zur eigenen Person:

Raucher	Nur für Frauen: Schwangerschaft	Stillzeit
<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> ja
<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> nein

### Sind bei Ihnen Erkrankungen oder Risiken festgestellt worden?

- Erhöhter Blutdruck
- Erhöhte Blutfettwerte
- Schlaganfall
- Herzerkrankungen
- Diabetes mellitus    Insulinpflichtig:     ja     nein
- Erhöhte Harnsäurewerte/ Gicht
- Verdauungsprobleme
- Erkrankungen des Verdauungstraktes (Magen, Darm, Leber, Galle, Bauchspeicheldrüse)  
welche? \_\_\_\_\_
- Nierenerkrankungen
- Osteoporose
- Rheuma
- Krebserkrankungen
- Übergewicht
- Untergewicht
- Allergien, Asthma, Heuschnupfen, Neurodermitis
- Nahrungsmittelallergien/- unverträglichkeiten
- Schilddrüsenerkrankungen
- Hauterkrankungen
- Sonstiges \_\_\_\_\_

### Medikamenteneinnahme (auch pflanzliche Arzneimittel, Kopfschmerztabelle, „Pille“)

Welche:

### Körperliche Belastung

Beruf: \_\_\_\_\_ Arbeit in Schicht \_\_\_\_\_

überwiegend sitzende Tätigkeit     ja     nein

überwiegend stehende Tätigkeit

schwere körperliche Tätigkeit

Arbeitszeit/ Tag: \_\_\_\_\_

### Freizeit/ Bewegung/ Sport

Art \_\_\_\_\_ Häufigkeit (Tag/ Woche/ Monat) \_\_\_\_\_ Dauer \_\_\_\_\_

## Anmeldung

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: privat: \_\_\_\_\_ mobil: \_\_\_\_\_

e-mail: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_

Familienstand: \_\_\_\_\_

Größe: \_\_\_\_\_ Gewicht: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Grund der Konsultation: \_\_\_\_\_

Empfehlung durch: \_\_\_\_\_

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit der oben gemachten Angaben und melde verbindlich zur Ernährungsberatung und –therapie an mit der Übernahme der anfallenden Kosten (siehe Kostenvoranschlag). Falls ich einen Termin nicht mindestens 24 Stunden vorher telefonisch absage, erkläre ich mich einverstanden ein Ausfallhonorar von 50 Euro zu begleichen.

Ort, Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Nur bei Bedarf ausfüllen)

Hiermit entbinde ich Frau Bettina Schwarz von der Schweigepflicht bezüglich der von mir in Anspruch genommenen therapeutischen Beratung gegenüber meinem behandelnden Arzt:

Frau/ Herrn: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Ort, Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_