



Informationsbogen zum derzeitigen Gesundheitszustand

Persönliche Daten:

Nachname: Vorname:

Straße: PLZ: Ort:

Tel. Privat: Mobil:

e-mail Adresse: Geburtstag:

Familienstand: Single / Lebensgemeinschaft verheiratet / eingetragene Partnerschaft
Verwitwet

Persönliches Befinden:

Angaben: g = gut m = mäßig s = schlecht

Schlaf: g m s Durst: g m s Wasserlassen: g m s

Appetit: g m s Stuhlgang: g m s Schwangerschaft +

Haben oder hatten Sie welche der folgenden Erkrankungen oder Infektionskrankheiten?

Tuberkulose	<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>	Schilddrüse	<input type="checkbox"/>	Augen	<input type="checkbox"/>
Hepatitis:	<input type="checkbox"/>	Lunge	<input type="checkbox"/>	Hochdruck	<input type="checkbox"/>	Ohren	<input type="checkbox"/>
Aids	<input type="checkbox"/>	Herz	<input type="checkbox"/>	Haut	<input type="checkbox"/>	Magen	<input type="checkbox"/>
Borellien	<input type="checkbox"/>	Darm	<input type="checkbox"/>	Leber	<input type="checkbox"/>	Galle	<input type="checkbox"/>
Wirbelsäule	<input type="checkbox"/>	Blase	<input type="checkbox"/>	Nerven	<input type="checkbox"/>	Nieren	<input type="checkbox"/>
Gelenke	<input type="checkbox"/>						

Haben Sie Allergien oder eine Überempfindlichkeit? Nein: Ja: Welche?

Nehmen Sie zurzeit Medikamente? Nein: Ja: Welche?

Sind folgende Krankheiten in der Familie bekannt?

Krebs:	<input type="checkbox"/>	Rheuma:	<input type="checkbox"/>	Diabetes:	<input type="checkbox"/>	Depressionen:	<input type="checkbox"/>
Haut:	<input type="checkbox"/>	Herzleiden:	<input type="checkbox"/>	Asthma:	<input type="checkbox"/>	Epilepsie:	<input type="checkbox"/>

Grund bzw. Anlass Ihres Besuches sowie derzeitige Therapien:

Datum: **Unterschrift:**

**Zertifizierte Entspannungspädagogin
Heilpraktikerin eingeschränkt auf das Gebiet der Psychotherapie
Diana Eccher**