



# Hatten Sie schon eine der folgenden Erkrankungen oder Beschwerden ?

	Ja	Nein	weiss nicht
Darmerkrankungen , welche ? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verstopfungen / Durchfälle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutbeimengungen im Stuhl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Magen - / Zwölffingerdarmgeschwür	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lebererkrankungen / Gelbsucht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gallensteine / Gallenbeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nieren - / Blasensteine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nieren - / Nierenbecken - / Blasenentzündungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erkrankungen der Prostata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwierigkeiten beim Wasserlassen / nachts oft ? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erkrankungen der weiblichen Unterleibsorgane	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lungenerkrankungen , welche ? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzerkrankungen , welche ? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gefässerkrankungen / Krampfadern / Haemorrhoiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hauterkrankungen , welche ? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schilddrüsenerkrankungen , welche ? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nervöse Beschwerden / Nervenzusammenbruch / Burn Out	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bluterkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
chronische Nasennebenhöhlenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergien , welche ? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nahrungsmittelunverträglichkeiten , welche ? (■ Lactoseintoleranz)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asthma / Heuschnupfen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krebserkrankungen , welche ? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rheuma / Gicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erkrankungen der Wirbelsäule , welche ? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gelenkerkrankungen , welche ? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	ja	nein	weiss nicht	
Schlaganfall / Lähmungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Missempfindungen (Kribbeln o.ä.) wo ? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
neurologische Erkrankungen , welche ? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Augenerkrankungen , welche ? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Schwangerschaft , welche Woche ? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	nein	selten	oft	regelmässig
Rauchen Sie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alkoholkonsum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Treiben Sie Sport ? welchen ? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Gibt es in Ihrer Familie erbliche / gehäuft auftretende Erkrankungen ? Welche ?

---



---

Leiden Sie an oben nicht aufgeführten Erkrankungen ? Welche ?

---



---

Nehmen Sie Medikamente ein ?

regelmässig \_\_\_\_\_

gelegentlich / bei Bedarf \_\_\_\_\_

---



---

Hatten Sie Unfälle, Knochenbrüche, Gehirnerschütterungen, Operationen oder andere Verletzungen?

---



---

Wir danken Ihnen für das gewissenhafte Ausfüllen dieses Fragebogens.  
Bitte bringen Sie ihn zu Ihrem vereinbarten Termin unterschrieben mit.

Datum

Unterschrift