

Gesundheitsfragen

Vielen Dank, dass Sie sich die Zeit nehmen, dieses Formular auszufüllen. Sie benötigen dafür 10–15 Minuten. Die Gesundheitsfragen sind eine Ergänzung zum persönlichen Gespräch und werden vertraulich behandelt. Falls Sie sie lieber während dem Gespräch beantworten, ist dies auch möglich.

Personalien und E-Mail Adresse

--

Telefon/Handy

--

Geburtsdatum

--

Beruf/Tätigkeit

--

Hausarzt

--

Letzter Arztbesuch, ev. mit Grund

--

Zusatzvers. Krankenkasse, / für Komplementärmedizin

--

Haben Sie schon einmal eine Ernährungsberatung aufgesucht? Ja vor Jahren / Nein

Wie nehmen Sie Ihre Hauptmahlzeiten ein? Alleine zu Zweit in der Familie

Ihre persönlichen Ziele oder Wünsche betreffend Ernährung

--

Haben Sie Beschwerden? Wenn ja, welche möchten Sie gerne angehen?

--

Erkrankungen / Beschwerden

Während der Kindheit

In den letzten 1-2 Jahren

Spitalaufenthalte: Jahr, Grund, ev.Ergebnis

Medikamente / Nahrungsergänzung (Name des Präparates oder Inhaltsstoffe)

Täglich / regelmässig

seit (Jahr)

Bei Bedarf / selten

seit (Jahr)

Nehmen Sie Hormonpräparate, zB. „die Pille“?

Ja

Nein

Nehmen Sie Blutverdünnungsmittel?

Ja

Nein

Haben Sie Allergien, Unverträglichkeiten, Heuschnupfen, Allergisches Asthma etc.

Rauchen Sie? Ja, ca Zigaretten/Tag Nein ExraucherIn seit

Seit wann rauchen Sie oder von wann bis wann? Seit Jahren / von bis

Trinken Sie Alkohol?

Pro Tag dl Bier dl Wein dl Schnaps

oder pro Woche dl Bier dl Wein dl Schnaps

Seltener als 1x/Woche Nie

Tropenaufenthalt

Haben Sie sich kürzlich ausserhalb Europa oder in den Tropen aufgehalten?

Wenn ja, wo und wie lange?

Sind bei Ihnen oder Ihrer Familie folgende Erkrankungen oder Symptome aufgetreten?

(Entsprechende bitte ankreuzen)

	Familie	Ihnen selbst
Diabetes/Zuckerkrankheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schilddrüsenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nieren- Blasenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nieren- oder Gallensteine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzinfarkt, Angina pectoris, Herzrhythmusstörungen, Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gefässkrankheiten: Venenleiden, Krampfadern, Durchblutungsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Augenleiden: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Migräne oder regelmässig starke Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erkrankungen oder Probleme des Verdauungsapparates:		
Reflux, Magengeschwür, Reizdarm, Verstopfung, Durchfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lebererkrankungen, Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Familie	Ihnen selbst
Pilzkrankungen: Haut, Schleimhaut, Nägel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Essstörungen / Adipositas, Anorexie (Magersucht), Bulimie (Ess-Brechsucht)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bronchial- oder Lungenerkrankungen, Bronchial-Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hauterkrankungen, Ekzeme, Allergien, allergisches Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rheumatische Erkrankungen, Gicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Osteoporose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erkrankungen des Bewegungsapparates	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychische Erkrankungen, Depressionen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autoimmun-Erkrankungen: MS, Rheumatoide Arthritis/Polyarthritis, Hashimoto-		
Thyreoiditis, M. Crohn, Colitis Ulcerosa, Zöliakie, Rheumatisches Fieber, Psoriasis...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krebserkrankungen: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HIV / AIDS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alzheimer / Demenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges, Erbkrankheiten: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wie sind Sie auf mich aufmerksam geworden?

Persönliche Empfehlung von: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Suchmaschine, zB. Google	<input type="checkbox"/>
Soziale Netzwerke, facebook / Google+	<input type="checkbox"/>
www.health.ch / www.ernaehrung.ch / www.zuri.net	<input type="checkbox"/>
www.local.ch / www.tel.search.ch	<input type="checkbox"/>
Krankenkasse / Arzt / Ärztin: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Med. Rücken-Center Zürich	<input type="checkbox"/>
Reformhaus / Gemeinschaftszentrum: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>

Möchten Sie mir noch etwas mitteilen?

Bitte senden Sie die Gesundheitsfragen zusammen mit dem Formular „Ernährungsgewohnheiten“ ungefähr eine Woche vor Ihrem ersten Termin an mich zurück. Vielen Dank.

Béatrice Chiari
Ganzheitliche Ernährungsberatung
Schulstrasse 29
8050 Zürich

Ich freue mich auf Sie!

