

- Blutdruck hoch nieder welche:
- Herz/Kreislaufprobleme ja nein welche:
- Cholesterin hoch nieder welche:
- Diabetes, Typ ja nein welche:
- Hautprobleme ja nein welche:
- Kopfschmerzen/Migräne ja nein welche:
- Magenprobleme ja nein welche:
- Darmprobleme ja nein welche:
- Müdigkeit/Schlafprobleme ja nein welche:
- Pilzinfektion (Genital, Haut, Nägel) ja nein welche:
- Rheuma, Gicht, Arthrose, Arthritis ja nein welche:
- Rückenprobleme /Bewegungsapparat ja nein welche:
- Schilddrüse (Über-, Unterfunktion) ja nein welche:
- Osteoporose ja nein welche:
- Infektanfälligkeit (Häufigkeit pro Jahr) ja nein welche:
- Sonstige ja nein welche:
- Stresslevel von 1-10 (1 wenig - 10 sehr viel) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- Ängste/ Depressionen 1 - 10 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- welche Art.....
- Medikamente ja nein welche:
- Ärztliche/Heilkundliche Behandlung ja nein welche:
- Nahrungsergänzungen ja nein welche:
- Rauchen Sie ja nein wieviel:
- Alkohol ja nein wieviel:
- treiben Sie Sport ja nein welchen,wie oft:
- Ernährung überwiegend vegetarisch / vegan / Frisch / Fast Food
- Getränke/Menge welche:.....

Bitte legen Sie alle bisherigen Arztbriefe/Laborwerte/Diagnostik diesem Schreiben bei