

## Klientenfragebogen

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

### 1. Besondere Angaben zur Person:

**Raucher**

- ja  
 nein

**Sportler**

- ja  
 nein

Nur bei weibl. Personen:

besteht zur Zeit evtl. eine **Schwangerschaft**:

- ja  nein

**Stillen** Sie derzeit?

- ja  nein

### 2. bekannte Risiken und Vorerkrankungen

Kreuzen Sie an, was zutrifft	auf Sie selbst	Platz für Erläuterungen	auf Mutter, Vater, Geschwister
<b>Erhöhte Blutfettwerte</b>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
<b>Erhöhter Blutdruck</b>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
<b>Herzerkrankungen</b>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
<b>Schlaganfall</b>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
<b>Diabetes Mellitus</b>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Typ 1 <input type="checkbox"/> Typ 2		_____	<input type="checkbox"/>
<b>Erhöhte Harnsäurewerte/Gicht</b>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
<b>Verdauungsprobleme</b>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
<b>Erkrankungen des Verdauungstraktes (Magen-Darm, Leber, Galle, Bauchspeicheldrüse)</b>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
Art:		_____	<input type="checkbox"/>
<b>Nierenerkrankungen</b>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
<b>Osteoporose</b>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
<b>Rheuma</b>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
<b>Krebserkrankungen</b>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
Art:		_____	<input type="checkbox"/>
<b>Übergewicht</b>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
<b>Untergewicht</b>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
<b>Allergien / Asthma / Heuschnupfen</b>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
<b>Nahrungsmittelallergien</b>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
Art		_____	<input type="checkbox"/>
<b>Nahrungsmittelunverträglichkeiten</b>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
Art		_____	<input type="checkbox"/>
<b>Schilddrüsenerkrankungen</b>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
<b>Reflux / Sodbrennen</b>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
<b>Hauterkrankungen</b>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
<b>Sonstiges</b>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>

