

GESUNDHEITS-FRAGEBOGEN

Vor- und Zuname:

Geburtstag: Geburtsort:

Familienstand: Konfession:

Bisheriger Wohnort:

Name des Vaters: geb.: Beruf:

Name der Mutter: geb.: Beruf:

Anschrift: Telefon:

Leiden Sie an

- Herz-Kreislaufstörungen?
- Kopfschmerzen?
- Rückenschmerzen?
- Allergien?
- Chronischen Erkrankungen?
- Veränderung oder Erkrankung der Wirbelsäule?
- Psychische Erkrankungen?
- Essstörung (Magersucht, Ess-Brechsucht)?
- Schlafstörung?

Gab es in der Vergangenheit

- schwere Infektionskrankheiten?
- Unfälle mit Folgen?
- Krankenhausaufenthalte?
- Operationen?
- Psychiatrische oder psychotherapeutische Behandlung?

Brauchen Sie regelmäßig Medikamente?

Treiben Sie Sport?

Die oben stehenden Fragen habe ich wahrheitsgemäß beantwortet.

Ich versichere, dass ich nicht an Medikamente, Drogen oder Alkohol gewöhnt oder von ihnen abhängig bin.

.....
Datum

.....
Unterschrift