

Anmeldeformular - PERSÖNLICHES PROFIL



Angaben zur Person:

Name: _____
 Strasse/Nr.: _____
 E-Mail: _____
 Telefon: _____
 Geburtsdatum: _____

Vorname: _____
 PLZ/Ort: _____
 Mobile: _____
 Beruf: _____

Blutentnahme am: _____

Geschlecht: weiblich männlich

Gewicht: _____ kg
Grösse: _____ cm
Umfangmasse auf Hüfthöhe: _____ cm
Erhöhte körperliche Anstrengung: ja nein
Bizepsumfang (nur bei Kraftsportlern): _____ cm

Wunschgewicht: _____ kg
Umfangmasse in Taillenhöhe: _____ cm
Umfangmasse eines Oberschenkels: _____ cm
Kraftsportler: ja nein
Körperfettanteil (nur bei Kraftsportlern): _____ %

Angaben zur Gesundheit, leiden Sie an:

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="radio"/> Hypertonie (Bluthochdruck) | <input type="radio"/> Nierenbeschwerden | <input type="radio"/> Schlafstörungen |
| <input type="radio"/> Herzinsuffizienz | <input type="radio"/> Schilddrüsen-Überfunktion | <input type="radio"/> Depressionen |
| <input type="radio"/> Schwindel | <input type="radio"/> Schilddrüsen-Unterfunktion | <input type="radio"/> Gluten-Allergie |
| <input type="radio"/> Migräne | <input type="radio"/> Schilddrüse Fehlfunktion | <input type="radio"/> Laktose-Intoleranz |
| <input type="radio"/> Diabetes | <input type="radio"/> Verdauungsbeschwerden | <input type="radio"/> Gelenkschmerzen |
| | <input type="radio"/> Blähungen | <input type="radio"/> |

Schwanger: NEIN JA

Allergien: NEIN JA - Welche?

Medikamente: NEIN JA

Welche Medikamente werden wogegen eingenommen?

<input type="radio"/> Blutfett	<input type="radio"/> Diabetes	<input type="radio"/> erhöhte Harnsäure
<input type="radio"/> Diuretika	<input type="radio"/> Schilddrüse	<input type="radio"/> Pille / Hormone
<input type="radio"/> Neuroleptika	<input type="radio"/> Antidepressiva	<input type="radio"/>

Wie schätzen Sie auf einer **Skala von 1 bis 10** Ihren aktuellen Gesundheitszustand ein? (1 = sehr schlecht / 10 = ausgezeichnet)

- 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

