

Fragebogen: Gesundheit allgemein

Name: _____ Vorname _____ Geburtstag: _____
 Straße : _____ PLZ: _____ Ort.: _____
 Telefon : _____ E-Mail: _____
 Alter : _____ Größe : _____ Gewicht: _____

Bitte zutreffendes ankreuzen und unterstreichen!

Ja Nein

Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trinken Sie mehr als 1 Liter Kaffee oder schwarzen Tee?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trinken Sie weniger als 2 Liter Flüssigkeit? Wasser, Kräutertees,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fällt es Ihnen manchmal schwer sich über längere Zeit zu konzentrieren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Treiben Sie Sport? Wenn ja, wie oft ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Müssen Sie regelmäßig Medikamente einnehmen? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie unter Kopfschmerzen, Migräne oder Verspannungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Probleme mit der Verdauung, dem Magen oder Darm?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Würden Sie gerne Ihr Körpergewicht reduzieren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie unter Wassereinlagerungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie an Menstruationsbeschwerden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie schon einmal Herzstechen oder Herzrhythmusstörungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie an zu hohem oder zu niedrigem Blutdruck?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie manchmal Herzkreislaufbeschwerden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie erhöhte Cholesterin- und /oder Blutzuckerwerte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie an Neurodermitis oder Schuppenflechte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Beschwerden: z.B. Wechseljahre, Prostata, Diabetes, Bandscheiben, Knochen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie manchmal Wadenkrämpfe, unruhige Beine oder steife und müde Gelenke?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Probleme einzuschlafen oder durchzuschlafen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wachen Sie morgens öfter auf ohne richtig erholt zu sein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fühlen Sie sich häufig gestresst und überlastet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie tagsüber öfter Energielöcher?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie manchmal niedergeschlagen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Fragen

Ja Nein

	Ja	Nein
Sind Sie öfter nervös, gereizt und unausgeglichen?		
Gibt es Lebensmittel, die Sie nicht vertragen? Wenn ja, Welche?		
Sind Sie öfter krank, anfällig für Erkältungen od. Infektionen?		
Werden Sie regelmäßig von Allergien aller Art, wie z.B. Heu- schnupfen geplagt?		
Leiden Sie an Über- bzw. an Unterfunktion der Schilddrüse oder einer Autoimmunkrankheit?		
Mussten Sie schon öfters Antibiotika oder Antidepressiva einnehmen?		
Haben Sie.....?		
Zahnfleischbluten, Parodontitis, Karies?		
Bindegewebsschwäche?		
Haarausfall		
Sodbrennen		
Ekzeme		
Pilze (äußerlich)		
Pilze (innerlich)		
Rosazea		
Arthrose		
Fibromyalgie		
Osteoporose		
Immunschwäche		
Rheuma		
Gicht		
Asthma (allergisch)		
Asthma (Belastung)		
Fruktoseintoleranz		
Laktoseintoleranz		
Parkinson		
Demenz / Alzheimer		
ADS / ADHS		
Unwohlsein, Ängste, Depressionen		
Ateriosklerose		
Krampfadern, Besenreißer		
Unruhezustände		
Gürtelrose, Herpes		
Borelliose		
Krebs		





Möchten Sie mir noch etwas zu Ihren Befindlichkeiten mitteilen?

Wichtiger Hinweis:

Alle Ihre Angaben dienen ausschließlich zur Entwicklung eines individuellen Lösungsvorschlages und werden von mir absolut vertraulich behandelt. Es erfolgt keine Weitergabe an unbefugte Dritte.

Ich bitte Sie, mir unverbindlich einen Lösungsvorschlag für mehr Vitalität und Lebensqualität zu unterbreiten.

Datum:

Unterschrift:

Rechtlicher Hinweis:

Die Gesundheitsberatung dient der Verbesserung Ihrer Befindlichkeiten. Es werden weder direkt noch indirekt medizinische Ratschläge und Heilaussagen gegeben. All jenen, die medizinische Beratung, Behandlung und Betreuung benötigen, wird dringend empfohlen, einen Arzt, Heilpraktiker oder Apotheker aufzusuchen.

Ich wünsche Ihnen gute Gesundheit!

Bärbel Beckhoff

Gesundheitsberatung Köln, Team Beckhoff Heuing GbR
Bärbel Beckhoff – Siegstraße 11 – 50859 Köln-Lövenich – Telefon 02234/9107079 –
E-Mail: Gesundheit@TBHKoeln.de – WWW.Wieder-Gesund.Koeln

