



Haben Sie ein Rheuma? nein	ja	nein	ja
Leiden Sie an Wassereinlagerungen? nein	ja	nein	ja
Haben Sie eine Lungenerkrankung? nein	ja	nein	ja
Haben Sie eine Erkrankung des Magen- und Darmtraktes? nein	ja	nein	ja
Haben Sie Nahrungsmittelunverträglichkeiten? nein	ja	nein	ja
Haben Sie eine Erkrankung der Venen, Krampfadern oder der Lymphgefäße? nein	ja	nein	ja
Haben Sie Erkrankungen der Nieren oder der Blase? nein	ja	nein	ja
Haben Sie eine Erkrankung der Wirbelsäule und oder der Gelenke? nein	ja	nein	ja
Haben Sie künstliche Gelenke? nein	ja	nein	ja
Haben Sie eine Erkrankung der Haut? nein	ja	nein	ja
Haben Sie Haarausfall? nein	ja	nein	ja
Haben Sie schon einmal einen Verschluss eines Blutgefäßes gehabt? Thrombosen oder eine Lungenembolie? ja nein		ja	nein
Haben Sie Erkrankungen der Hormone bildenden Drüsen, wie Schilddrüse, Nebenschilddrüse oder Eierstöcke, Hoden, Hirnanhangdrüse, Nebennieren? nein ja nein			ja
Haben Sie eine Erkrankung der Leber oder Galle? nein	ja	nein	ja
Haben sie schon einmal eine Krebserkrankung gehabt? nein	ja	nein	ja

Gibt es Probleme mit Haarausfall?	ja	nein
Sind Sie infektanfällig?	ja	nein
Rauchen Sie?	ja	nein
Treiben Sie regelmässig Sport?	ja	nein
Trinken Sie regelmässig Alkohol?	ja	nein
Mehr als 0,5 l Bier, oder 1 Glas Wein pro Tag?	ja	nein
Essen Sie täglich Obst und Gemüse?	ja	nein
Essen Sie regelmässig ( mind. 2x pro Woche Fleisch?)	ja	nein

Ich bedanke mich für Ihr Vertrauen, selbstverständlich gehen wir vertrauensvoll mit Ihren Angaben um.

**Ihr Team der Hofmaierpraxis**