

Gesundheitsfragebogen

Klient:

Name:

Adresse:

Telefon:

E-Mail:

Hiermit bestelle ich verbindlich eine Gesundheits- und Ernährungsberatung

Konzept 1

Konzept 2

Konzept 3

Konzept 4

Termin via Zoom

Termin per Telefon

Ich habe zur Kenntnis genommen, dass die Beratungsleistung ausschließlich der Prävention dient und es sich nicht um eine Therapie handelt. Die Teilnahme erfolgt auf eigene Verantwortung.

Ich bestätige hiermit, dass ich von Kerstin Fabry darüber unterrichtet wurde, dass sie keine Diagnosen stellen, Medikamente verordnen oder dosieren darf. Ich stelle meine Gesundheits- und Ernährungsberaterin von allen Haftungsansprüchen frei.

Datum, Unterschrift:

Klientendaten

Geburtsdatum:

Größe:

Gewicht:

Familienstand/Kinder:

Beruf:

Wie sind Sie auf mich aufmerksam geworden?

.....

Was ist Ihr Ziel? Was wünschen Sie sich von mir?

.....

Fragen zu Ihrer gesundheitlichen Situation

Ja

Nein

.....
Nahrungsmittelunverträglichkeiten, wenn ja, welche:

.....
Allergien, wenn ja, welche:

.....
Haben Sie Schmerzen im Körper, wenn ja, wo:

.....

Ja

Nein

Bluthochdruck:

Niedriger Blutdruck:

Verstopfung:

Durchfall:

Blähungen:

Sonstiges:

Schilddrüsenprobleme:

Infektanfälligkeit:

Schlafstörungen:

Pilzinfektionen:

Rheuma:

Gicht:

Arthritis:

Diabetes:

Osteoporose:

Müdigkeit/Erschöpfung:

Ja

Nein

Zahnsituation

Wurzelbehandelte Zähne:

Zahnfleischprobleme:

Amalgamfüllungen:

Wurde Amalgam entfernt:

Stress-Symptome

Überforderung:

Ängste:

Depressive Verstimmungen

Kopfschmerzen:

Migräne:

Rückenprobleme:

Medikamente/Nahrungsergänzungsmittel/Hormone:

Bitte schreiben Sie genau auf, was und in welcher Dosierung Sie etwas nehmen

Ja

Nein

Rauchen:

Alkohol:

Sport, wenn ja, wie oft:

Ernährung

Vegetarisch:

Vegan:

Rohköstler:

Kochen Sie täglich frisch:

Fertigprodukte:

Mikrowelle:

Süßstoff:

Light-Produkte:

Zwischenmahlzeiten:

Süßigkeiten:

Getränke:

Kaffee, wenn ja, wieviel:

Tee:

Wasser:

Ja

Nein

Alkohol:

Softgetränke, auf wieviel Liter kommen Sie ungefähr:

Haben Sie Heißhunger auf bestimmte Lebensmittel:

.....

.....

Welche Lebensmittel mögen Sie gar nicht:

.....

.....

Was essen Sie sehr gerne und oft:

.....

.....

Sind Sie derzeit in ärztlicher Behandlung? Wenn ja, mit welcher Erkrankung:

Sind oder waren Sie schon in naturheilkundlicher Behandlung/
beim Heilpraktiker?

Vielen Dank für Ihre Zeit und Ihr Vertrauen. Je genauer Sie den Gesundheitsfragebogen ausfüllen, desto besser kann ich mich auf Sie vorbereiten und wir haben in unserem Termin Zeit für Wesentliches!

Bitte senden Sie diesen ausgefüllten Bogen an info@kerstin-fabry.de, oder per Post an Kerstin Fabry, Stiftsallee 93, 32425 Minden.