

Fastenvorbereitende Fragen

Der Fragebogen enthält sehr viele persönliche Fragen, wir sind uns der Verantwortung mit dem Umgang dieser Daten bewusst. **Wir garantieren dafür, dass die Daten vertraulich und diskret behandelt werden.**

Den beliegenden Gesundheitsfragebogen können Sie am ersten Fastentag mit unseren Fastentrainern zusammen ausfüllen. Wenn Sie jedoch den Gesundheitsfragebogen schon vorher ausfüllen möchten, ist dies möglich, da Sie sich somit zu Hause schon auf das Fasten (z.B. mit gezielten Entschlackungen) vorbereiten können.

Nachname: _____
Vorname: _____

Straße: _____

PLZ / Wohnort: _____ / _____
Tel.: _____

Beruf: _____

Familienstand: _____
Geburtsdatum: _____

Sind Sie zur Zeit schwanger? Stillen Sie zur Zeit?

Wie schätzen Sie Ihre allgemeine Gesundheit ein?

Gut
Zufriedenstellend
Schlecht
sehr Schlecht

Haben Sie Probleme mit ?

Gelenken	<input type="checkbox"/>	Rückenschmerzen	<input type="checkbox"/>
Bändern/ Sehnen	<input type="checkbox"/>	Wassereinlagerungen im Körper	<input type="checkbox"/>
Bandscheibe	<input type="checkbox"/>	Nackenschmerzen	<input type="checkbox"/>

Haben Sie eine dieser Krankheiten ?

Herz-/ Kreislauferkrankung	<input type="checkbox"/>	Gicht	<input type="checkbox"/>
Hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/>	Thrombose	<input type="checkbox"/>
Arteriosklerose	<input type="checkbox"/>	Gallensteine	<input type="checkbox"/>
Feststoffwechselstörung	<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>
Lungenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	Leberbeschwerden	<input type="checkbox"/>
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	Bandscheibenvorfall	<input type="checkbox"/>
Gelenkerkrankungen	<input type="checkbox"/>		
Nierenerkrankungen	<input type="checkbox"/>		

Sind bei Ihnen folgende Laborwerte bekannt ?

Erhöhte Cholesterinwerte: _____ Harnsäurewerte: _____

Blutdruck: _____ Blutzucker: _____

Blutfettwerte: _____

Haben Sie zur Zeit akute Krankheiten oder leiden Sie unter anderen chronischen Krankheiten wie oben beschrieben ?

Welche?.....
.....
.....
.....
.....

Persönliche Situation ?

Treiben Sie Sport oder bewegen Sie sich häufig ?

nie selten häufig Leistungssport

Situation am Arbeitsplatz ?

kein Streß wenig Streß häufig Streß extreme Stressbelastung

keine Computerarbeit viel Computerarbeit

Körperliche Belastungen am Arbeitsplatz ?

nie selten häufig dauernd

Rauchen, Alkohol, Kaffee/Schwarzer Tee ?

Alkohol: nie selten häufig

Nikotin: nie selten häufig

Kaffee: nie selten häufig

schwarzer Tee: nie selten häufig

Sonstiges:

Symptome, Belastungsfaktoren, Medikamente etc.