EIFEL BIOHEALTH
INSTITUT FÜR GANZHEITLICH BIOLOGISCHE ZAHNHEILKUNDE

Gesundheitsfragebogen

Vorname	Name	Geburtsdatum	Geburtsort

Straße	PLZ	Ort

Versicherung			Beruf
	Beihilfeberechtigt	ja O nein O	
	Zusatzversicherung	ja O nein O	
	Basis-/Standardtarif	ja O nein O	

Telefon tagsüber	**Email-Adresse**	**Mobilnummer**

Versichert über	Name	Geburtsdatum

Straße	PLZ	Ort

Haben Sie eine der nachfolgenden Erkrankungen?

Hoher Blutdruck	ja O nein O	Gelenkerkrankung/Rheuma/Arthrose	ja O nein O
Niedriger Blutdruck	ja O nein O	Magen-Darm-Erkrankung	ja O nein O
Herzerkrankung	ja O nein O	Asthma/Lungenerkrankung/TBC	ja O nein O
Herzschrittmacher	ja O nein O	Nervenerkrankung	ja O nein O
Blutgerinnungsstörungen	ja O nein O	Lebererkrankung	ja O nein O
Osteoporose	ja O nein O	Hepatitis B	ja O nein O
Diabetes (Zuckerkrankheit)	ja O nein O	Hepatitis C	ja O nein O
Schilddrüsenerkrankung	ja O nein O	HIV-Infektion	ja O nein O
Alkoholabhängigkeit	ja O nein O	künstliche Gelenke	ja O nein O

Hatten Sie in den letzten 5 Jahren eine OP? Welche? _____

Sonstige Erkrankungen: _____

Nehmen Sie Medikamente ein? Wenn ja, welche?:

Eines der folgenden? **Blutverdünner** ja O nein O Bisphosphonate ja O nein O

Haben Sie Allergien/Heuschnupfen? ja O nein O Allergiepass ja O nein O

Medikamenten-Unverträglichkeiten: _____

Sind Sie Schwanger? Wenn ja, in welcher Woche? _____

EIFEL BIOHEALTH
INSTITUT FÜR GANZHEITLICH BIOLOGISCHE ZAHNHEILKUNDE

Nehmen Sie **Nahrungsergänzungsmittel** ein? **Wenn ja, welche?:**

Liegt ein aktuelles **Blutbild** vor? ja O nein O Wenn ja, wurde der **Vitamin - D Wert** bestimmt? ja O nein O

Damit wir Sie umfangreich beraten können, beantworten Sie bitte folgende Fragen:

Metallgeschmack	ja O nein O	Kopf/Nacken/Kiefergelenksprobleme	ja O nein O
Zahnfleischbluten	ja O nein O	Pilzerkrankungen	ja O nein O
Mundgeruch	ja O nein O	Schulter/Knie-oder Hüftbeschwerden	ja O nein O
Müdigkeit/Erschöpfung	ja O nein O	Blähungen/Durchfall/Verstopfung	ja O nein O
ungleiche Beinlänge	ja O nein O	Ekzeme/Hauterkrankungen	ja O nein O

Durch Ihre Unterschrift bestätigen Sie die Richtigkeit Ihrer Angaben.

_____ _____

Ort, Datum Unterschrift