

Haben Sie ... ?

erkrankte Organe (auch ehemals) bzw. ein erkranktes Organsystem Wenn ja, welche und wie?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Magen:	
<input type="checkbox"/> ein Magengeschwür	<input type="checkbox"/> Schluckbeschwerden
<input type="checkbox"/> eine Schleimhautentzündung	<input type="checkbox"/> Reflux (Sodbrennen)
Darm:	
<input type="checkbox"/> einen Blähbauch	<input type="checkbox"/> Hämorrhoiden
<input type="checkbox"/> Durchfall	<input type="checkbox"/> Polypen
<input type="checkbox"/> Verstopfung	<input type="checkbox"/> Divertikel
Nieren Blase:	
<input type="checkbox"/> Nierensteine	<input type="checkbox"/> eine Entzündung
Herz- Kreislaufsystem:	
<input type="checkbox"/> Angina Pectoris	<input type="checkbox"/> Herzinfarkt
<input type="checkbox"/> Herzfehler	<input type="checkbox"/> hoher Blutdruck
<input type="checkbox"/> Rhythmusstörungen	<input type="checkbox"/> Atemnot
Gefäße:	
<input type="checkbox"/> Krampfadern	<input type="checkbox"/> Durchblutungsstörungen
<input type="checkbox"/> Thrombose	
Atemwege Lunge:	
<input type="checkbox"/> Chronische Bronchitis	<input type="checkbox"/> TBC
<input type="checkbox"/> Asthma	
eine gynäkologische Erkrankung ? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Stoffwechselerkrankung:	
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Gicht
Blut:	
<input type="checkbox"/> Gerinnungsstörung	
Nerven:	
<input type="checkbox"/> Lähmung	<input type="checkbox"/> Gefühlsstörung
<input type="checkbox"/> Epilepsie	
eine Allergie oder Überempfindlichkeit ? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Bereits Operationen hinter sich gebracht? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Metallimplantate oder andere Implantate ? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
andere Erkrankungen ? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Allgemein:	
<input type="checkbox"/> erhöhte Temperatur	<input type="checkbox"/> Fieber
<input type="checkbox"/> Gewicht verloren _____	
<input type="checkbox"/> Zeit im Ausland verbracht	

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!**Datum:** _____