

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:** _____