



Fragebogen Mikronährstoffprofil / Mikrobiomprofil

Ich möchte eine Mikronährstoffberatung (Blutanalyse)
 Mikrobiomberatung (Stuhlanalyse)

Bei Marina Diener
 Dr. Constanze Lohse
 egal ob bei Frau Diener oder Dr. Lohse

Angaben zur Person

Name, Vorname: _____ Geb.Datum: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____ Email: _____

Krankenkasse: _____ IK-Nummer: _____

Versichertennummer: _____

weiblich männlich divers

Größe: _____ m Gewicht: _____ kg Bauchumfang: _____ cm

Rauchen: ___Zig/Tag Alkohol: ___/Woche

Welches Anliegen führt Sie zu uns? _____

Spezielle Ernährungsanamnese:

Ernähren Sie sich nach einer spez. Ernährungsform (Low fat, Low Carb, Vegetarisch, vegan, Paleo, etc.)?

ja nein

wenn ja, welche und seit wann? _____

Vorerkrankungen

Bluthochdruck

Schlaganfall

Diabetes

Nierenerkrankung

Lebererkrankung

Hörsturz/ Tinnitus

Hauterkrankungen

Heuschnupfen

Sonstiges:

Herzinfarkt / Koronare Herzkrankheit

Herzrhythmusstörung

Schilddrüsenerkrankung

Darmerkrankungen

Rheuma

Depression/ Nervenleiden

Atemwegserkrankungen (Asthma, COPD etc.)

Allergien (Allergietest?)

Leiden Sie an folgenden Beschwerden?

- Erschöpfung/Konzentrationsstörung/Gedächtnisstörung
- Traurigkeit/ Depressivität/ Antriebslosigkeit/ Ängste
- Schlafstörung
- Heißhungerattacken
- Schmerzen
- Haarausfall
- Augentrockenheit
- Antibiotikabehandlungen: In Ihren ersten (!) 5 Lebensjahren insgesamt: ___
In den letzten 10 Jahren insgesamt: ___

- Schwindel
- Mundgeruch
- Muskel- oder Wadenkrämpfe
- Hautprobleme (Jucken, Rötung, Akne...)
- Infektanfälligkeit

Verdauungsgewohnheiten & -beschwerden (Durchfall, Bauchschmerzen/-krämpfe, Völlegefühle, Übelkeit, Erbrechen, Sodbrennen, Aufstoßen)

Notieren Sie bitte alle Medikamente/ Nahrungsergänzungsmittel

Medikament/ Nahrungsergänzungsmittel	Morgens	Mittags	Abends	z. Nacht	b. Bedarf

Treiben Sie regelmäßig Sport? (wenn ja was/ wie viel?)

Kosten:

Mir ist bekannt, dass die Kosten nicht von der gesetzlichen und privaten Krankenversicherungen übernommen werden. Die Abrechnung erfolgt nach der gültigen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) und richtet sich nach Aufwand und Dauer der Beratung.

Einwilligung zur Datenerhebung, -verarbeitung und -speicherung:

Ich stimme hiermit der Erhebung, Verarbeitung und Speicherung meiner personenbezogenen Daten für den Zweck der Beratung, Untersuchung, Behandlung, Abrechnung, Übermittlung von Termin- und Gesundheitsinformationen durch die Praxis Berliner Allee zu. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO). Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO).

Ort, Datum

Unterschrift