



## 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: \_\_\_

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