

PATIENT	ARZT
Nachname	Nachname
Vorname	Vorname
Geschlecht <input type="checkbox"/> Weiblich <input type="checkbox"/> Männlich	Straße, Hausnummer
Geburtsdatum	PLZ, Stadt
Sozialvers. Nr.	Land
Straße, Hausnummer	Tel.
PLZ, Stadt	E-Mail
Land	
Tel.	
E-Mail	

WICHTIG!

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen in Druckbuchstaben aus und vergewissern Sie sich bitte, dass Sie sämtliche Fragen beantwortet haben. Alle Angaben erfolgen auf freiwilliger Basis.

Zur Person	
Alter	<input type="text"/> Jahre
Geschlecht	<input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m
Ethnische Herkunft	<input type="checkbox"/> kaukasisch <input type="checkbox"/> asiatisch <input type="checkbox"/> afrikanisch <input type="checkbox"/> <input type="text"/>
Größe	<input type="text"/> cm
Gewicht	<input type="text"/> kg
Blutgruppe	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> AB
zum Lebensstil	
Raucher	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Ex-Raucher seit <input type="text"/>
Wie viele Zigaretten, Zigarren, Pfeifen, etc. rauchen Sie am Tag?	<input type="checkbox"/> 1 bis 5 <input type="checkbox"/> 6 bis 10 <input type="checkbox"/> 11 bis 20 <input type="checkbox"/> > 20
Sport (mindestens 30 min)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> täglich <input type="checkbox"/> 1xWoche <input type="checkbox"/> 2xWoche <input type="checkbox"/> 3-6xWoche
Ausdauersport	<input type="checkbox"/> (Joggen, Fahrrad fahren, etc.)
Krafttraining	<input type="checkbox"/> (Gewichtheben, etc.)
meditative Sportarten	<input type="checkbox"/> (Pilates, Yoga, Tai Chi, etc.)
andere	<input type="checkbox"/> <input type="text"/>
Bewegungsarmut	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein (sitzende Tätigkeit, bewegungsarmer Alltag, Langstreckenflüge, etc.)
Stress	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> manchmal <input type="checkbox"/> regelmäßig
Zur Medikamenteneinnahme	
Statine	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Andere Lipidsenker	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Blutdrucksenker	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ACE Inhibitoren <input type="checkbox"/> Betablocker <input type="checkbox"/> Calciumkanalblocker <input type="checkbox"/> <input type="text"/>
Diuretika	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Schleifendiuretikum <input type="checkbox"/> Thiaziddiuretikum <input type="checkbox"/> <input type="text"/>

Thrombozyten-aggregationshemmer	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> manchmal <input type="checkbox"/> regelmäßig <input type="checkbox"/> Acetylsalicylsäure <input type="checkbox"/> Clopidogrel <input type="checkbox"/> <input type="text"/>
Gerinnungshemmer	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Cumarin-Derivate <input type="checkbox"/> Heparin <input type="checkbox"/> <input type="text"/>
Analgetika (Schmerzmittel)	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> manchmal <input type="checkbox"/> regelmäßig <input type="checkbox"/> Paracetamol <input type="checkbox"/> Ibuprofen <input type="checkbox"/> <input type="text"/>
Glucocorticoide	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Cortison <input type="checkbox"/> <input type="text"/>
Antidepressiva	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Barbiturate (Schlafmittel)	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> manchmal <input type="checkbox"/> regelmäßig
Antiepileptika	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> manchmal <input type="checkbox"/> regelmäßig <input type="checkbox"/> Valproinsäure <input type="checkbox"/> Carboxamide <input type="checkbox"/> Benzodiazepine <input type="checkbox"/> <input type="text"/>
Hormonersatztherapie	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Östrogene <input type="checkbox"/> Gestagene <input type="checkbox"/> Testosteron <input type="checkbox"/> < 5 Jahre <input type="checkbox"/> > 5 Jahre
Orale Verhütungsmittel	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> kurzzeitig, in Phasen <input type="checkbox"/> Langzeiteinnahme
Weitere Medikamente	<input type="text"/>

Zu Nahrungsergänzungsmitteln	
Vitamin B	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> im Komplex <input type="checkbox"/> B3 <input type="checkbox"/> B6 <input type="checkbox"/> B12 <input type="checkbox"/> B9 (Folsäure)
Vitamin C	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Vitamin D	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Vitamin E	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Omega-3 Fettsäuren	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Calcium	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Magnesium	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Eisen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Selen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Zink	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
weitere	<input type="text"/>
zur Ernährung	
Lebensmittelunverträglichkeiten	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Gluten <input type="checkbox"/> Fruktose <input type="checkbox"/> Laktose <input type="checkbox"/> <input type="text"/>
Nahrungsmittelallergie	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Nüsse <input type="checkbox"/> Fisch <input type="checkbox"/> Erdnüsse <input type="checkbox"/> Soja <input type="checkbox"/> Meeresfrüchte <input type="checkbox"/> Hühnerei <input type="checkbox"/> Kuhmilch <input type="checkbox"/> <input type="text"/>
Vegetarisch	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Vegan	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Barcode:



PATIENT		ARZT	
Nachname		Nachname	
Vorname		Vorname	
Geburtsdatum			

Zur Flüssigkeitsaufnahme

Rotwein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	<input type="checkbox"/> 1 bis 2 Gläser/Tag
	<input type="checkbox"/> > 2 Gläser/Tag
Andere alkoholische Getränke	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	<input type="checkbox"/> 1 bis 2 Gläser/Tag
	<input type="checkbox"/> > 2 Gläser/Tag
Kaffee	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	<input type="checkbox"/> 1 bis 3 Tassen/Tag
	<input type="checkbox"/> > 3 Tassen/Tag
Tee (weißer, schwarzer oder grüner Tee)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	<input type="checkbox"/> 1 bis 2 Tassen/Tag
	<input type="checkbox"/> > 2 Tassen/Tag
Energy-Drinks (mit Koffein (Guarana), Taurin, etc., z.B. Red Bull)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Softdrinks (mit Phosphorsäure, etc., z.B. Cola, Limonaden)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Tägliche Flüssigkeitszufuhr	<input type="checkbox"/> ≤ 1 Liter <input type="checkbox"/> 2 Liter
	<input type="checkbox"/> ≥ 3 Liter

Regelmäßiger Verzehr

Obst und Gemüse	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Tomaten	<input type="checkbox"/>
grünes Blattgemüse (z.B. Spinat, Mangold, Salat)	<input type="checkbox"/>
Cruciferae (z.B. Brokkoli, Rosenkohl)	<input type="checkbox"/>

Apiaceae (z.B. Karotten, Fenchel, Sellerie)	<input type="checkbox"/>
Kohlenhydrate mit hohem glykämischen Index (GI) (z.B. Weissbrot, Nudeln (weiß), Reis (weiß), Zucker, Süßigkeiten, etc.)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Kohlenhydrate mit niedrigem glykämischen Index (GI) (z.B. Hülsenfrüchte, Vollkornprodukte, etc.)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ballaststoffreiche Lebensmittel (z.B. Hülsenfrüchte, Vollkornprodukte, Obst und Gemüse, etc.)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Milchprodukte (z.B. Milch, Joghurt, Quark, etc.)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Calciumreiche Lebensmittel (z.B. Milchprodukte, Sardinen, grüne Gemüsesorten, etc.)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Sojaprodukte (z.B. Tofu, Tempeh, Sojamilch, Sojabohnen, etc.)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Rotes Fleisch (z.B. Rind-, Schweine-, Lamm-, Pferdefleisch, Wild, Ente, etc.)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	<input type="checkbox"/> 1 bis 2 x pro Woche
	<input type="checkbox"/> 3 bis 4 x pro Woche
	<input type="checkbox"/> ≥ 5 x pro Woche
Weisses Fleisch (z.B. Hühner-, Puten-, Kalbfleisch, Hase, etc.)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Fisch	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Kaltwasserfisch (z.B. Lachs, Makrele, Hering, etc.)	<input type="checkbox"/>

Meeresfrüchte (z.B. Muscheln, Miesmuscheln, Garnelen, Krabben, Hummer, etc.)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Omega-3 Fettsäuren (z.B. in Lachs, Hering, Leinsamenöl, Chia-Samen, etc.)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ges. Fettsäuren tierischen Ursprungs (z.B. in Butter, Käse, Sahne, Speck, etc.)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Pflanzenöle (z.B. Oliven-, Leinsamen-, Rapsöl, etc.)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Salzreiche Lebensmittel (z.B. Kartoffelchips, Pökelfleisch, Sardellen, etc.)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Stark gewürzte Gerichte (z.B. mit Kurkuma, Kardamom, Chili, Zimt, etc.)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Reiner Zucker, Honig, Ahornsirup, Süßigkeiten, etc. (bitte nur ankreuzen bei regelmäßigem Konsum erwähnenswerter Mengen)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Frittierte Lebensmittel (z.B. Pommes frites, Kartoffelchips, Brathähnchen, Donuts, etc.)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Gegrillte/geräucherte Lebensmittel (z.B. gegrilltes Fleisch oder Fisch, etc.)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
“light” Produkte (zucker- oder fettreduzierte Lebensmittel)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Fertiggerichte/Fastfood	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

SPEZIFISCHE FRAGEBÖGEN

CARDIOgen

LDL-Wert	<input type="text"/>	mg/dl
HDL-Wert	<input type="text"/>	mg/dl
Gesamtcholesterin	<input type="text"/>	mg/dl
Triglyceride	<input type="text"/>	mg/dl
Systolischer/diastolischer Blutdruck (z.B. 120/80 mmHg)	<input type="text"/>	mmHg
Blutzuckerspiegel (nüchtern)	<input type="text"/>	mg/dl
Geschwollene Beine oder Knöchel	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> manchmal <input type="checkbox"/> regelmäßig	
Druck oder Schmerz in Bein oder Wade	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> manchmal <input type="checkbox"/> regelmäßig	
Schmerzen in Füßen o. Beinen beim Gehen oder Stehen	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> manchmal <input type="checkbox"/> regelmäßig	
Krampfadern	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Nicht heilende Wunden am Unterbein oder Knöchel	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Kurzatmig bei körperlicher Anstrengung	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> manchmal <input type="checkbox"/> regelmäßig	

Schwindel	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> manchmal <input type="checkbox"/> regelmäßig
Rötungen im Gesicht	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Morgendlicher Kopfschmerz	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> manchmal <input type="checkbox"/> regelmäßig
Nasenbluten	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> manchmal <input type="checkbox"/> regelmäßig

Zur persönlichen medizinischen Vorgeschichte

Diabetes	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Typ 1 <input type="checkbox"/> Typ 2
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Herz-Kreislauf-Erkrankung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Herzinfarkt <input type="text"/>
Herzinsuffizienz	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Hyperlipidämie	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Adipositas	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Thrombose	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ödem(e)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

andere Erkrankung(en)

Zur familiären medizinischen Vorgeschichte*

*bitte berücksichtigen Sie nur Angehörige **ersten und zweiten Grades** (d.h. Großeltern, Eltern, Geschwister, Kinder, Onkel, Tanten, Neffen, Nichten, Enkel)

Diabetes	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Herz-Kreislauf-Erkrankung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Herzinfarkt <input type="text"/>
Thrombose	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Barcode:



PATIENT
Nachname
Vorname
Geburtsdatum

ARZT
Nachname
Vorname

COLOgen

Zur persönlichen medizinischen Vorgeschichte

Verdauungsstörungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Entzündliche Darmerkrankung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	<input type="checkbox"/> Morbus Crohn	
	<input type="checkbox"/> Colitis ulcerosa	
Darmpolypen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Krebserkrankung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	<input type="checkbox"/> Leber	<input type="checkbox"/> Blase
	<input type="checkbox"/> Lunge	<input type="checkbox"/> Niere
	<input type="checkbox"/> Dickdarm	<input type="checkbox"/> Brust
	<input type="checkbox"/> Leukämie	
	<input type="checkbox"/> Magen	
	<input type="checkbox"/> Hautkrebs	
	<input type="checkbox"/>	
andere Erkrankung(en)	<input type="text"/>	

Zur familiären medizinischen Vorgeschichte*

*bitte berücksichtigen Sie nur Angehörige **ersten und zweiten Grades** (d.h. Großeltern, Eltern, Geschwister, Kinder, Onkel, Tanten, Neffen, Nichten, Enkel)

Dickdarmkrebs	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Anzahl der betroffenen Familienangehörigen	<input type="checkbox"/> 1 Person	<input type="checkbox"/> > 1 Person

DETOXgen

Unruhe, Hyperaktivität	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> regelmäßig
Angstgefühl	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> regelmäßig
Antriebslosigkeit, Erschöpfung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Gemütsstörungen (z.B. Stimmungsschwankungen, Depression...)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> regelmäßig
Schwindelgefühl	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> regelmäßig
Appetitslosigkeit	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> regelmäßig
Metallgeschmack im Mund	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> regelmäßig
Infektionen im Mund	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> regelmäßig
Kribbeln in Händen/Füßen	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> regelmäßig
Gelenk- und Muskelschmerz	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> regelmäßig
Unruhiger Schlaf, Schlaflosigkeit	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> regelmäßig
Aufmerksamkeits-Defizit/ Gedächtnisstörung	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> regelmäßig
Durchblutungsstörungen	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> regelmäßig
Anfälligkeit für Infekte	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Zu Umwelteinflüssen			
Amalgam-Zahnfüllung(en)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Schwermetalle (z.B. Cadmium, Blei, Quecksilber, etc.)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	

Farbe/Lacke, Lösungsmittel, Klebstoffe	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Epoxidharze (z.B. Epoxid-Klebstoffe, etc.)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Pestizide: Insektizide, Herbizide, etc.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Polychlorierte Biphenyle (PCBs) (z.B. als Weichmacher in Farben, Klebstoffen, PVC Beschichtungen, etc.)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Autoabgase (arbeiten/leben in der Stadt)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Haarfärbemittel	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Zur persönlichen medizinischen Vorgeschichte		
Verdauungsstörungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Erkrankung der Leber	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Hautkrankheit welche?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Entzündliche Erkrankung welche?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Allergien welche?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Krebserkrankung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	<input type="checkbox"/> Leber	<input type="checkbox"/> Blase
	<input type="checkbox"/> Lunge	<input type="checkbox"/> Niere
	<input type="checkbox"/> Dickdarm	<input type="checkbox"/> Brust
	<input type="checkbox"/> Leukämie	
	<input type="checkbox"/> Magen	
	<input type="checkbox"/> Hautkrebs	
	<input type="checkbox"/>	
Alopezie (Haarausfall)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Anämie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Arthritis	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
andere Erkrankung(en)	<input type="text"/>	

DIABETOgen

Taillenumfang (gemessen auf Höhe des Bauchnabels)	<input type="text"/> cm
Blutzuckerspiegel (nüchtern)	<input type="text"/> mg/dl
Insulinspiegel (nüchtern)	<input type="text"/> mg/dl
HbA1c	<input type="text"/> %
Zur persönlichen medizinischen Vorgeschichte	
Adipositas	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Diabetes	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	<input type="checkbox"/> Typ 1 <input type="checkbox"/> Typ 2
Herz-Kreislauf-Erkrankung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	<input type="checkbox"/> Herzinfarkt
	<input type="checkbox"/>
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	<input type="checkbox"/> Unterfunktion
	<input type="checkbox"/> Überfunktion
	<input type="checkbox"/>
Krebserkrankung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	<input type="checkbox"/> Leber <input type="checkbox"/> Blase
	<input type="checkbox"/> Lunge <input type="checkbox"/> Niere
	<input type="checkbox"/> Dickdarm <input type="checkbox"/> Brust
	<input type="checkbox"/> Leukämie
	<input type="checkbox"/> Magen
	<input type="checkbox"/> Hautkrebs
	<input type="checkbox"/>
andere Erkrankung(en)	<input type="text"/>

Barcode:



PATIENT	ARZT
Nachname	Nachname
Vorname	Vorname
Geburtsdatum	

Zur familiären medizinischen Vorgeschichte*

*bitte berücksichtigen Sie nur Angehörige **ersten und zweiten Grades** (d.h. Großeltern, Eltern, Geschwister, Kinder, Onkel, Tanten, Neffen, Nichten, Enkel)

Adipositas	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Diabetes	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	<input type="checkbox"/> Typ 1	<input type="checkbox"/> Typ 2
Krebserkrankung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

FITgen

Taillenumfang cm
(gemessen auf Höhe des Bauchnabels)

Systolischer/diastolischer Blutdruck (z.B. 120/80 mmHg) mmHg

Antriebslosigkeit, Erschöpfung ☐ ja ☐ nein

Zur persönlichen medizinischen Vorgeschichte

Migräne	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Verdauungsstörungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Entzündliche Erkrankung welche?	<input type="text"/>	
Allergien welche?	<input type="text"/>	
Herz-Kreislauf-Erkrankung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	<input type="checkbox"/> Herzinfarkt	<input type="text"/>
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Hyperlipidämie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Adipositas	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Diabetes	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	<input type="checkbox"/> Typ 1	<input type="checkbox"/> Typ 2
Osteoporose	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Krebserkrankung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	<input type="checkbox"/> Leber	<input type="checkbox"/> Blase
	<input type="checkbox"/> Lunge	<input type="checkbox"/> Niere
	<input type="checkbox"/> Dickdarm	<input type="checkbox"/> Brust
	<input type="checkbox"/> Leukämie	
	<input type="checkbox"/> Magen	
	<input type="checkbox"/> Hautkrebs	<input type="text"/>
Sportverletzung(en) welche?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	<input type="text"/>	
andere Erkrankung(en)	<input type="text"/>	

FEMgen

Gynäkologische Vorgeschichte

Erste Regelblutung (Menarche)	<input type="checkbox"/> < 13 Jahre	<input type="checkbox"/> > 13 Jahre
Menopause	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	<input type="checkbox"/> < 54 Jahre	<input type="checkbox"/> > 54 Jahre
Schwangerschaft	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	<input type="checkbox"/> < 30 J. bei ersten Geburt	<input type="checkbox"/> > 30 J. bei ersten Geburt
Stillen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	<input type="checkbox"/> < 1 Jahr	<input type="checkbox"/> > 1 Jahr
Hohe mammographische Dichte (≥ 75%)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Zur persönlichen medizinischen Vorgeschichte

Adipositas	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	<input type="checkbox"/> prämenopausal	<input type="checkbox"/> postmenopausal
Diabetes	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	<input type="checkbox"/> Typ 1	<input type="checkbox"/> Typ 2
Herz-Kreislauf-Erkrankung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	<input type="checkbox"/> Herzinfarkt	<input type="text"/>
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	<input type="checkbox"/> Unterfunktion	<input type="checkbox"/> Überfunktion
	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Gutartige Erkrankung der Brust	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	<input type="checkbox"/> prämenopausal	<input type="checkbox"/> postmenopausal
Atypische Hyperplasie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	<input type="checkbox"/> prämenopausal	<input type="checkbox"/> postmenopausal
Krebserkrankung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	<input type="checkbox"/> Leber	<input type="checkbox"/> Blase
	<input type="checkbox"/> Lunge	<input type="checkbox"/> Niere
	<input type="checkbox"/> Dickdarm	<input type="checkbox"/> Brust
	<input type="checkbox"/> Leukämie	
	<input type="checkbox"/> Magen	
	<input type="checkbox"/> Hautkrebs	<input type="text"/>
andere Erkrankung(en)	<input type="text"/>	

Zur familiären medizinischen Vorgeschichte*

*bitte berücksichtigen Sie nur Angehörige **ersten und zweiten Grades** (d.h. Großeltern, Eltern, Geschwister, Kinder, Onkel, Tanten, Neffen, Nichten, Enkel)

Brustkrebs	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Anzahl der betroffenen Familienangehörigen	<input type="checkbox"/> 1 Person	<input type="checkbox"/> > 1 Person

Aktuelle Medikation

Tamoxifen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Raloxifen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Aromatasehemmer	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

LIPIDgen

LDL-Wert	<input type="text"/> mg/dl
HDL-Wert	<input type="text"/> mg/dl
Gesamtcholesterin	<input type="text"/> mg/dl
Triglyceride	<input type="text"/> mg/dl
Systolischer/diastolischer Blutdruck (z.B. 120/80 mmHg)	<input type="text"/> mmHg

Zur persönlichen medizinischen Vorgeschichte

Diabetes	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	<input type="checkbox"/> Typ 1	<input type="checkbox"/> Typ 2
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Herz-Kreislauf-Erkrankung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	<input type="checkbox"/> Herzinfarkt	<input type="text"/>
Hyperlipidämie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Adipositas	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Erkrankung der Leber	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	<input type="checkbox"/> Unterfunktion	<input type="checkbox"/> Überfunktion
	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Krebserkrankung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	<input type="checkbox"/> Leber	<input type="checkbox"/> Blase
	<input type="checkbox"/> Lunge	<input type="checkbox"/> Niere
	<input type="checkbox"/> Dickdarm	<input type="checkbox"/> Brust

Barcode:



PATIENT	ARZT
Nachname	Nachname
Vorname	Vorname
Geburtsdatum	

☐ Leukämie ☐ Magen
☐ Hautkrebs
☐
 andere Erkrankung(en)

Zur familiären medizinischen Vorgeschichte*

*bitte berücksichtigen Sie nur Angehörige **ersten und zweiten Grades** (d.h. Großeltern, Eltern, Geschwister, Kinder, Onkel, Tanten, Neffen, Nichten, Enkel)

Diabetes ☐ ja ☐ nein
 Hyperlipidämie ☐ ja ☐ nein

Adipositas ☐ ja ☐ nein
 Bluthochdruck ☐ ja ☐ nein
 Herz-Kreislauf-Erkrankung ☐ ja ☐ nein
☐ Herzinfarkt
☐

OSTEOgen

UV-Exposition ☐ selten
☐ regelmäßig
☐ oft
 Hauttyp ☐ Typ I („weiß“)
☐ Typ II („beige“)
☐ Typ III („hellbraun“)
☐ Typ IV („mittelbraun“)
☐ Typ V („dunkelbraun“)
☐ Typ VI („schwarz“)
 Rückenschmerzen ☐ nie ☐ manchmal
☐ regelmäßig
 Abnahme der Körpergröße ☐ ja ☐ nein
 Auffällige Körperhaltung ☐ ja ☐ nein
Zur persönlichen medizinischen Vorgeschichte
 Osteoporose ☐ ja ☐ nein
 Knochenfraktur(en) ☐ ja ☐ nein
☐ Oberschenkelhals
☐ Wirbel ☐ Rippe
☐ Handgelenk
☐

Gelenkerkrankung (Arthropathie) ☐ ja ☐ nein
 Periodontitis ☐ ja ☐ nein
 Verdauungsstörungen ☐ ja ☐ nein
 Entzündliche Erkrankung welche?
 Allergien welche?
 Bluthochdruck ☐ ja ☐ nein
 Hyperlipidämie ☐ ja ☐ nein
 Adipositas ☐ ja ☐ nein
 Diabetes ☐ ja ☐ nein
☐ Typ 1 ☐ Typ 2
 Nierenerkrankung ☐ ja ☐ nein
 Erkrankung der Leber ☐ ja ☐ nein
 Schilddrüsenerkrankung ☐ ja ☐ nein
☐ Unterfunktion
☐ Überfunktion
☐
 Parkinson-Krankheit ☐ ja ☐ nein
 Essstörung ☐ ja ☐ nein
☐ Anorexia nervosa
☐ Bulimie
☐ Essattacken

Krebserkrankung ☐ ja ☐ nein
☐ Leber ☐ Blase
☐ Lunge ☐ Niere
☐ Dickdarm ☐ Brust
☐ Leukämie
☐ Magen
☐ Hautkrebs
☐
 andere Erkrankung(en)

Zur familiären medizinischen Vorgeschichte*
 *bitte berücksichtigen Sie nur Angehörige **ersten und zweiten Grades** (d.h. Großeltern, Eltern, Geschwister, Kinder, Onkel, Tanten, Neffen, Nichten, Enkel)
 Osteoporose ☐ ja ☐ nein
 Knochenfraktur(en) ☐ ja ☐ nein
☐ Oberschenkelhals
☐ Wirbel ☐ Rippe
☐ Handgelenk
☐

PROSTATEgen

Testosteron µg/l
 IGF-1 µg/l
Zu Umwelteinflüssen
 Pestizide: Insektizide, Herbizide, etc. ☐ ja ☐ nein
Zur persönlichen medizinischen Vorgeschichte
 Vasektomie ☐ ja ☐ nein
 Lag bei Ihnen bereits eine Infektion mit Syphilis-Erregern vor? ☐ ja ☐ nein
 Lag bei Ihnen bereits eine Infektion mit Gonorrhoe-Erregern vor? ☐ 1 x ☐ > 1 x

Krebserkrankung ☐ ja ☐ nein
☐ Leber ☐ Blase
☐ Lunge ☐ Niere
☐ Dickdarm ☐ Brust
☐ Leukämie
☐ Magen
☐ Hautkrebs
☐
 andere Erkrankung(en)

Zur familiären medizinischen Vorgeschichte*
 *bitte berücksichtigen Sie nur Angehörige **ersten und zweiten Grades** (d.h. Großeltern, Eltern, Geschwister, Kinder, Onkel, Tanten, Neffen, Nichten, Enkel)
 Prostatakrebs ☐ ja ☐ nein

SKINgen

Zur persönlichen medizinischen Vorgeschichte

Hautkrankheit ☐ ja ☐ nein
☐ Akne ☐ Psoriasis
☐ Ekzeme
☐ Dermatitis
☐

Barcode:



PATIENT		ARZT	
Nachname		Nachname	
Vorname		Vorname	
Geburtsdatum			

Ungleichgewicht der Sexualhormone	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Verdauungsstörungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Entzündliche Erkrankung welche?	<input type="text"/>	
Allergien welche?	<input type="text"/>	
Kreberkrankung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	<input type="checkbox"/> Leber	<input type="checkbox"/> Blase
	<input type="checkbox"/> Lunge	<input type="checkbox"/> Niere
	<input type="checkbox"/> Dickdarm	<input type="checkbox"/> Brust
	<input type="checkbox"/> Leukämie	
	<input type="checkbox"/> Magen	
	<input type="checkbox"/> Hautkrebs	
	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
andere Erkrankung(en)		
<input type="text"/>		

Zu Umwelteinflüssen	
Amalgam-Zahnfüllung(en)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Pestizide: Insektizide, Herbizide, etc.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Farbe/Lacke, Lösungsmittel, Klebstoffe	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Autoabgase (arbeiten/leben in der Stadt)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Haarfärbemittel	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Reinigungsmittel	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
zum Hautprofil	
Regelmäßiges Auftragen von Substanzen, die Vitamine/ Antioxidantien enthalten	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Regelmäßiges Auftragen von Substanzen, die Mineralölderivate, Alkohol, Duftstoffe enthalten	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Make-up	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Hauttyp	<input type="checkbox"/> Typ I („weiß“)
	<input type="checkbox"/> Typ II („beige“)
	<input type="checkbox"/> Typ III („hellbraun“)
	<input type="checkbox"/> Typ IV („mittelbraun“)
	<input type="checkbox"/> Typ V („dunkelbraun“)
	<input type="checkbox"/> Typ VI („schwarz“)
Hautzustand 1	<input type="checkbox"/> fettig <input type="checkbox"/> trocken
	<input type="checkbox"/> sensibel
Hautzustand 2	<input type="checkbox"/> Falten
	<input type="checkbox"/> Akne-Narben
	<input type="checkbox"/> Pigmentflecken
UV-Exposition	<input type="checkbox"/> selten/nie
	<input type="checkbox"/> manchmal
	<input type="checkbox"/> regelmäßig
Sonnenbrand	<input type="checkbox"/> selten/nie
	<input type="checkbox"/> manchmal
	<input type="checkbox"/> regelmäßig

THROMBOgen	
Durchblutungsstörungen	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> manchmal <input type="checkbox"/> regelmäßig
Kribbeln in Händen/Füßen	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> manchmal <input type="checkbox"/> regelmäßig
Druck oder Schmerz in Bein oder Wade	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> manchmal <input type="checkbox"/> regelmäßig
Geschwollene Beine oder Knöchel	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> manchmal <input type="checkbox"/> regelmäßig
Schwere Beine	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> manchmal <input type="checkbox"/> regelmäßig
Krampfadern	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Schmerzen in Füßen o. Beinen beim Gehen oder Stehen	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> manchmal <input type="checkbox"/> regelmäßig
Wiederholte Fehlgeburten	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Zur persönlichen medizinischen Vorgeschichte	
Thrombose	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Thrombophilie	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ödem(e)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Atherosklerose	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Herz-Kreislauf-Erkrankung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	<input type="checkbox"/> Herzinfarkt <input type="text"/>
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Hyperlipidämie	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Diabetes	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Typ 1 <input type="checkbox"/> Typ 2

Adipositas	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Entzündliche Darmerkrankung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	<input type="checkbox"/> Morbus Crohn <input type="checkbox"/> Colitis ulcerosa
Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
andere Erkrankung(en)	
<input type="text"/>	
Zur familiären medizinischen Vorgeschichte*	
*bitte berücksichtigen Sie nur Angehörige ersten und zweiten Grades (d.h. Großeltern, Eltern, Geschwister, Kinder, Onkel, Tanten, Neffen, Nichten, Enkel)	
Thrombose	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Thrombophilie	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Herz-Kreislauf-Erkrankung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	<input type="checkbox"/> Herzinfarkt <input type="text"/>
Schlaganfall	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Hyperlipidämie	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Diabetes	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

WEIGHTgen	
Taillenumfang (gemessen auf Höhe des Bauchnabels)	<input type="text"/> cm
Systolischer/diastolischer Blutdruck (z.B. 120/80 mmHg)	<input type="text"/> mmHg
LDL-Wert	<input type="text"/> mg/dl
HDL-Wert	<input type="text"/> mg/dl
Gesamtcholesterin	<input type="text"/> mg/dl
Triglyceride	<input type="text"/> mg/dl

Zur persönlichen medizinischen Vorgeschichte	
Verdauungsstörungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Entzündliche Erkrankung welche?	<input type="text"/>
Allergien welche?	<input type="text"/>
Herz-Kreislauf-Erkrankung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	<input type="checkbox"/> Herzinfarkt <input type="text"/>
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Hyperlipidämie	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Diabetes	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Typ 1 <input type="checkbox"/> Typ 2

Barcode:
<input type="text"/>



PATIENT		ARZT	
Nachname		Nachname	
Vorname		Vorname	
Geburtsdatum			

Erkrankung der Leber	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Lunge <input type="checkbox"/> Niere <input type="checkbox"/> Magen	Herz-Kreislauf-Erkrankung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Dickdarm <input type="checkbox"/> Brust <input type="checkbox"/> Hautkrebs		<input type="checkbox"/> Herzinfarkt
	<input type="checkbox"/> Unterfunktion	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Überfunktion		Adipositas	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	<input type="checkbox"/>		Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Hautkrankheit welche?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	andere Erkrankung(en)	Hyperlipidämie	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
			Diabetes	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Osteoporose	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Krebserkrankung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		Krebserkrankung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	<input type="checkbox"/> Leber <input type="checkbox"/> Blase <input type="checkbox"/> Leukämie			

Well-being

Taillenumfang		cm
(gemessen auf Höhe des Bauchnabels)		
LDL-Wert		mg/dl
HDL-Wert		mg/dl
Gesamtcholesterin		mg/dl
Triglyceride		mg/dl
Systolischer/diastolischer Blutdruck (z.B. 120/80 mmHg)		mmHg
Gemütsstörungen (z.B. Stimmungsschwankungen, Depression...)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Antriebslosigkeit, Erschöpfung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Zu Umwelteinflüssen		
Amalgam-Zahnfüllung(en)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Pestizide: Insektizide, Herbizide, etc.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Farbe/Lacke, Lösungsmittel, Klebstoffe	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Autoabgase (arbeiten/leben in der Stadt)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Haarfärbemittel	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Zur persönlichen medizinischen Vorgeschichte		
Migräne	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Hautkrankheit welche?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Periodontitis	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Verdauungsstörungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Entzündliche Erkrankung welche?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Allergien welche?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Herz-Kreislauf-Erkrankung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
	<input type="checkbox"/> Herzinfarkt	
	<input type="checkbox"/>	

Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Hyperlipidämie	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Diabetes	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	<input type="checkbox"/> Typ 1 <input type="checkbox"/> Typ 2
Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Hyperurikämie	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Erkrankung der Leber	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Osteoporose	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	<input type="checkbox"/> Unterfunktion
	<input type="checkbox"/> Überfunktion
	<input type="checkbox"/>
Alzheimer-Krankheit	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Parkinson-Krankheit	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Krebserkrankung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	<input type="checkbox"/> Leber <input type="checkbox"/> Blase
	<input type="checkbox"/> Lunge <input type="checkbox"/> Niere
	<input type="checkbox"/> Dickdarm <input type="checkbox"/> Brust
	<input type="checkbox"/> Leukämie <input type="checkbox"/> Magen
	<input type="checkbox"/> Hautkrebs
	<input type="checkbox"/>
andere Erkrankung(en)	
Zur familiären medizinischen Vorgeschichte*	
*bitte berücksichtigen Sie nur Angehörige ersten und zweiten Grades (d.h. Großeltern, Eltern, Geschwister, Kinder, Onkel, Tanten, Neffen, Nichten, Enkel)	
Herz-Kreislauf-Erkrankung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	<input type="checkbox"/> Herzinfarkt
	<input type="checkbox"/>
Adipositas	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Hyperlipidämie	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Diabetes	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Osteoporose	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Alzheimer-Krankheit	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Parkinson-Krankheit	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Krebserkrankung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Zum Hautprofil	
Regelmäßiges Auftragen von Substanzen, die Vitamine/Antioxidantien enthalten	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Regelmäßiges Auftragen von Substanzen, die Mineralölderivate, Alkohol, Duftstoffe enthalten	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Make-up	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Hauttyp	<input type="checkbox"/> Typ I („weiß“)
	<input type="checkbox"/> Typ II („beige“)
	<input type="checkbox"/> Typ III („hellbraun“)
	<input type="checkbox"/> Typ IV („mittelbraun“)
	<input type="checkbox"/> Typ V („dunkelbraun“)
	<input type="checkbox"/> Typ VI („schwarz“)
Hautzustand 1	<input type="checkbox"/> fettig <input type="checkbox"/> trocken
	<input type="checkbox"/> sensibel
Hautzustand 2	<input type="checkbox"/> Falten
	<input type="checkbox"/> Akne-Narben
	<input type="checkbox"/> Pigmentflecken
UV-Exposition	<input type="checkbox"/> selten / nie
	<input type="checkbox"/> manchmal
	<input type="checkbox"/> regelmäßig
Sonnenbrand	<input type="checkbox"/> selten / nie
	<input type="checkbox"/> manchmal
	<input type="checkbox"/> regelmäßig

Barcode: