TERMIN- & FRAGEBOGEN STOFFWECHSELMESSUNG

GESUNDHEITS WERKSTATT
PHYSIOTHERAPIE & TRAINING

BETREUER/IN

NAME / VORNAME

GEBURTSDATUM GESCHLECHT

GRÖSSE GEWICHT

Fragebogen

Gesundheitliche ZIELE (z. B. Gewichtsabnahme, mehr Energie, bessere Schlafqualität, etc.)

Gesundheitlicher STATUS (zutreffendes bitte ankreuzen)

Beruf

	Keine				Maximale
Körperliche Belastung	- -	-	o	+	++
Geistige Belastung	- -	-	o	+	++

Freizeit

	Keine				Maximale
Körperliche Belastung	- -	-	o	+	++
Geistige Belastung	- -	-	o	+	++

Regeneration

Stunden Schlaf / 24 h _____ Stunden

Stunden Entspannung / 24 h _____ Stunden

Ernährung

Essverhalten Mischkost ◯ Vegetarisch ◯ Vegan ◯

Mahlzeiten pro Tag? ◯

Wie schätzen Sie Ihre Ernährung ein?

eher fettreich ◯ eher eiweißreich ◯ eher kohlenhydratreich ◯

Allgemeine RISIKOFAKTOREN (zutreffendes bitte ankreuzen)

- ◯ Allergien
- ◯ Amalgam
- ◯ Arthritis
- ◯ Arteriosklerose
- ◯ Asthma
- ◯ Bluthochdruck
- ◯ Ernährungsstörungen
- ◯ Fettleibigkeit (Übergewicht)
- ◯ Gicht
- ◯ Immunerkrankungen
- ◯ Venenschwäche
- ◯ Schlafatemnot (Schlafapnoe)
- ◯ Noxen (Rauchen, Alkohol, Ernährungsstörungen, Arzneistoffe)
- ◯ Hoher Medienkonsum (Internet, TV, Handy-/Smartphone)
- ◯ Sonstiges: _____

Gesundheitliche PROBLEME (zutreffendes bitte ankreuzen)

- ◯ Borreliose
- ◯ Diabetes mellitus
- ◯ Herzerkrankungen
- ◯ Krebs
- ◯ Nierenerkrankungen
- ◯ Schilddrüsenfehlfunktionen
- ◯ Fremdstoffe im Körper (z. B. Herzschrittmacher, Amalgam, etc.): _____
- ◯ Sonstiges: _____

MEDIKAMENTE / NAHRUNGSERGÄNZUNG (z. B. Medikamente, Verhütungsmittel, Eiweißprodukte)

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

Nein ◯ Ja ◯ Falls JA, welche: _____

Für die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben:

Datum: _____ Unterschrift: _____

Termin

Wichtige Hinweise zu Ihrer Stoffwechselmessung

Vor der Stoffwechselmessung

Legen Sie am Tag vor der Stoffwechselmessung eine Trainingspause ein oder belasten sich körperlich nur wenig.

Am Tag der Stoffwechselmessung

Kommen Sie ausgeruht zur Messung. Verzichten Sie in den letzten zwei bis drei Stunden vor der Messung auf Nahrung, Getränke (außer Wasser) und Nikotin.

Ihr Termin:

Datum Uhrzeit

Bitte teilen Sie es uns rechtzeitig mit, falls Sie Ihren Termin nicht wahrnehmen können oder aus irgendeinem Grund verschieben müssen.

GESUNDHEITSWERKSTATT HAMELN • WEHRBERGER STRASSE 18 • 31785 HAMELN • TELEFON 0 51 51/ 8 21 23 50 • FAX 8 21 23 38
WWW.GESUNDHEITSWERKSTATT-HAMELN.DE • INFO@GESUNDHEITSWERKSTATT-HAMELN.DE