

Anmeldeformular Personalien

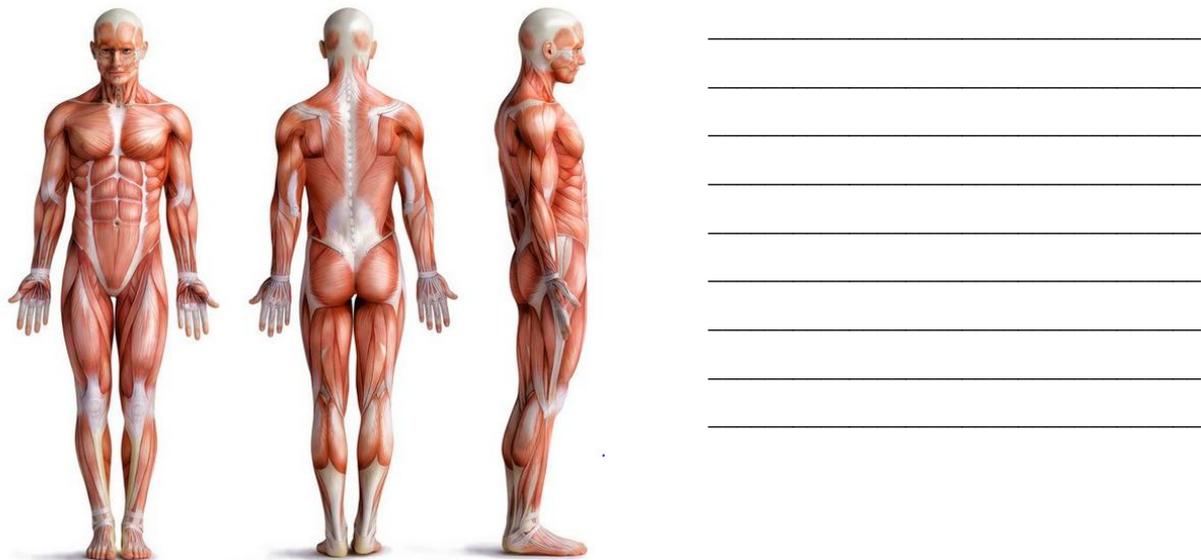
Name	
Vorname	
Geburtsdatum	
Zivilstand	
Strasse, Nr.	
Postleizahl, Ort	
E-Mailadresse	
Sprache	
Vermittlung/Empfehlung (Wie oder durch wen haben Sie von uns erfahren?)	
Beruf + Pensum (%)	
Pers. Lebenseinstellung, Glaubenszugehörigkeit	
Hausarzt/ Zuweisender Arzt (inkl. Tel. für Notfälle)	
Telefonnummer Home	
Telefonnummer Mobile	
Krankenkasse KVG	
Zusatzversicherung VVG	
Police Nr.	
AHV-Nr.	

Gesundheitsfragebogen

Erwartungen an das Retreat (Grund der Anmeldung)	
Persönliches Lebensziel	
Blutgruppe (A, B, AB, 0)	
Gewicht (kg)	
Grösse (m)	
Aktuelle Beschwerden/ Diagnosen/Nebendiagnosen	
Frühere Erkrankungen oder Behandlungen	
Wunsch/Anliegen bzgl. eigener Gesundheit	
Bereits getroffene Massnahmen/Therapien	
Aktuelle Medikamente (inkl. Dosierung)	
Genussmittel-Konsum (Alkohol, Nikotin, Koffein andere Substanzen)	
Aktuelle Nahrungsergänzungen (inkl. Dosierung)	
Ernährungsform	<input type="checkbox"/> Mischkost <input type="checkbox"/> Vegetarisch <input type="checkbox"/> Vegan <input type="checkbox"/> Andere: <input type="checkbox"/>
Allergien/Unverträglichkeiten	
Unfälle/Operationen	
Narben	
Blutdruck	
Sport	

(Art und Menge pro Woche)	
Raucher/in	<input type="checkbox"/> Ja (wenn ja wie viele pro Tag) <input type="checkbox"/> Nein
Schwangerschaften/Kinder	
Stressbelastung (1= kein Stress, 10 = extreme Belastung/Burn-out)	1-2-3-4-5-6-7-8-9-10 (bitte ankreuzen)
Schlafqualität und Zeit Schlafenszeit: <u> </u> Uhr Aufwachzeit: <u> </u> Uhr	<input type="checkbox"/> Einschlafstörungen <input type="checkbox"/> Durchschlafstörungen <input type="checkbox"/> Mangelnde Regeneration <input type="checkbox"/> Andere:
Bekannte familiäre Krankheiten	

Bei Schwächen/Beschwerden des Bewegungsapparats:
Bitte Stellen der Beschwerden markieren, evtl. mit kurzem Beschrieb (rechts)



Wichtig: Laborwerte (Blut, Stuhl, Urin) des letzten Jahres, falls vorhanden beilegen.