



Zentrum für Gesundheit „Hof Waldquelle“ - DNA – Analyse

Nachname: _____ Vorname: _____

Straße: _____ PLZ Ort: _____

Geburtsort/
-land: _____ Geb. Datum: _____

Tel.: _____ Handy: _____

Mail: _____ Empfohlen durch _____

Größe _____ Gewicht _____

Amalgam Ja/Nein/ wie viele _____ Alkohol Ja/Nein wie viel täglich _____

Medikamente? Welche _____

Cafe Ja/Nein wie viel am Tag _____ Rauchen Ja/Nein wie viele am Tag _____

Welchen Beruf üben Sie aus? _____

Welche KK? _____ Schilddrüsenprobleme? Ja/Nein _____

Diabetes Ja(welcher)/Nein ? _____

Betreiben Sie Sport? JA/Nein wie oft am Tag/Woche? _____

Welchen Sport betreiben Sie _____

Operationen Ja/Nein welche Organe wurden wann entfernt? _____
