



Allgemeine Angaben zur Person

Nachname, Vorname:

Geburtsdatum, Alter:

Straße, Hausnummer:

PLZ, Ort:

Telefonnummer:

Email:

Nehmen Sie derzeit Medikamente oder Supplemente ein?

Ja Nein

Falls ja, welche?

gegen Bluthochdruck gegen Schilddrüsenunterfunktion

Entwässerungstabletten gegen Schilddrüsenüberfunktion

Gegen Diabetes mellitus Vitamine

Cholesterinsenker Mineralien

Sonstige:

Three horizontal grey bars for text input.

Haben sie chronische Erkrankungen oder Allergien?

Wenn ja, welche:

Three horizontal grey bars for text input.