

16. Wie viele und welche Diäten haben Sie schon durchgeführt? _____

17. Wann? _____ 18. Mit welchem Erfolg? _____

19. Was und wann war als Erwachsener Ihr minimales und maximales Gewicht? _____ / _____

20. Bekommen Sie Essanfälle bzw. essen Sie manchmal übermäßig? _____

21. Wenn ja, wann? (Zutreffendes unterstreichen) In Stresssituationen, Langeweile, Kummer, Ärger, Sorgen, zur Belohnung, in Gesellschaft?

22. Wie oft? _____

23. Gibt es Zwangsbenehmen (Kalorien zählen, sich wiegen, zugreifen müssen, z. B. bei Süßigkeiten, Fast Food)? _____

24. Haben Sie öfter Heißhunger? _____

25. Essen Sie hastig/zwischendurch/abgelenkt? Oder langsam und bewusst? _____

26. Kennen Sie Ihr Sättigungsgefühl? _____ 27. Essen Sie auch weiter, wenn Sie satt sind? _____

28. Was trifft bei Ihnen zu?

- | | | | | |
|-----------------|--|--|--|--|
| Psyche | <input type="checkbox"/> keine Beschw. | <input type="checkbox"/> Reizbarkeit | <input type="checkbox"/> Konzentrationsstör. | <input type="checkbox"/> Schlafstörungen |
| Herz/Kreislauf | <input type="checkbox"/> keine Beschw. | <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Herzinf./Schlaganf. | <input type="checkbox"/> Angina Pectoris |
| Magen | <input type="checkbox"/> keine Beschw. | <input type="checkbox"/> Aufstoßen | <input type="checkbox"/> Gastritis | <input type="checkbox"/> Sodbrennen |
| Verdauung | <input type="checkbox"/> keine Beschw. | <input type="checkbox"/> Verstopfung | <input type="checkbox"/> Durchfall | <input type="checkbox"/> Blähungen |
| Blutwerte | <input type="checkbox"/> im Normbereich | <input type="checkbox"/> zu hohe Blutfette | <input type="checkbox"/> Diabetes I/II | <input type="checkbox"/> Gicht |
| Gelenke | <input type="checkbox"/> keine Beschw. | <input type="checkbox"/> Gelenkerkrankung | <input type="checkbox"/> Osteoporose | <input type="checkbox"/> Rückenschm./Rheuma |
| Weiteres | <input type="checkbox"/> Müdigkeit | <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Gallenerkrankung | <input type="checkbox"/> Krebsleiden |
| | <input type="checkbox"/> Schwangersch. | <input type="checkbox"/> Herzschrittmacher | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankg. | |
| Fam. Erbanlagen | <input type="checkbox"/> Herzinf./Schlaganf. | <input type="checkbox"/> Krebsleiden | <input type="checkbox"/> Allergien | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankg. |

29. Bei mir wurden folgende weitere Diagnosen/Erkrankungen festgestellt: _____

30. Operationen: _____

31. Mir sind folgende Allergien/Lebensmittelallergien/Nahrungsmittelunverträglichkeiten bekannt: _____

32. Zurzeit nehme ich folgende Medikamente (Hormone) ein: _____

33. Sind oder waren Sie wegen Essstörungen in psychotherapeutischer Behandlung? ja nein

Hiermit bestätige ich, dass alle Angaben über meine Person wahr sind. Akute Erkrankungen, Schwangerschaft etc. sind den Therapeuten der Sanguinum-Kur® unverzüglich mitzuteilen. Andere als die mitgeteilten Erkrankungen sind mir nicht bekannt. Die Therapeuten der Sanguinum-Kur® haften nicht für eventuell mögliche Begleit- und Folgeerscheinungen, die nicht nachweislich von ihnen zu verantworten sind. Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten bei Sanguinum gespeichert werden und für statistische Auswertungen und Erfolgskontrollen genutzt werden.

Ich bin zudem darüber informiert worden, dass die Leistung der Praxis für die von mir beabsichtigte Therapie weder von der gesetzlichen noch von der privaten Krankenversicherung übernommen werden müssen. Sofern ich eine Erstattung durch meine Krankenversicherung beabsichtige, muss ich dies mit meiner Krankenversicherung persönlich klären. Die Verpflichtung zur Zahlung der von mir in Anspruch genommenen Leistungen der Praxis besteht in jedem Fall, unabhängig von der Erstattung durch meine Krankenversicherung.

Ich wurde über die Behandlung aufgeklärt und habe keine weiteren Fragen mehr.

Ich erkläre mich damit einverstanden, weitere Informationen über die Sanguinum-Stoffwechselkur und die Praxis auch per eMail zu bekommen

Ort/Datum

Unterschrift