

Lieber Gast,

um Ihre Thalasso-Woche zu einem vollen Erfolg werden zu lassen, ist ein medizinischer CheckUp notwendig. Wir bitten Sie deshalb um einige Informationen zu ihrem allgemeinen Gesundheitszustand. Ihre Angaben werden von uns vertraulich behandelt und helfen dem betreuenden Arzt bei der Gestaltung Ihres optimalen Anwendungsergebnisses.

Bitte übersenden Sie uns diesen Fragebogen bis spätestens 1 Woche vor Anreise

- als Brief an: Strandhotel Georgshöhe; z. Hd. Herrn Dr. Klaus de Boer; Kaiserstraße 24; 26548 Norderney
- per Fax an 0 49 32 – 89 82 00

Name, Vorname:	Telefon:
Anschrift:	eMail:
Geburtsdatum:	Familienstand:
Größe:	Gewicht:
An-/Abreise:	<input type="radio"/> Frühstück + Halbpension <input type="radio"/> Thalasso-Reduktionskost-Halbpension

1. Welchen Beruf üben Sie aus?

2. Wie hoch schätzen Sie Ihren Stresslevel ein?

niedrig mittel hoch

3. Haben Sie Kinder? Wenn JA, wieviele?

nein ja, _____

4. Rauchen Sie? Wenn JA, wieviel?

nein ja, _____

5. Nehmen Sie Medikamente ein? Wenn JA, welche?

nein ja, _____

6. Leiden Sie unter Medikamentenallergien?

nein ja, _____

7. Hatten Sie bereits eine Operation? Wenn JA, welcher Art?

nein ja, _____

8. Leiden Sie unter Erkrankungen der Atemwege oder Allergien? | *Asthma, Bronchitis, Lungenentzündung, etc.*

nein ja, _____

9. Leiden Sie unter Hauterkrankungen? | *Mykosen, Herpes, Schuppenflechte, Ekzeme, Jodallergie, etc.*
 nein ja, _____
10. Leiden Sie unter Herz-Kreislaufferkrankungen? | *Bluthochdruck, Rhythmusstörungen, Herzinfarkt, etc.*
 nein ja, _____
11. Leiden Sie unter Venenerkrankungen? | *Krampfadern, Phlebitis, Thrombose, etc.*
 nein ja, _____
12. Leiden sie unter Lymphatischen Erkrankungen? | *Lymphangitis, Lymphödeme, etc.*
 nein ja, _____
13. Leiden Sie unter neurologischen Erkrankungen? | *Meningitis, Neuritis, Lähmungen, Apoplex, Migräne, etc.*
 nein ja, _____
14. Leiden Sie unter psychischen Erkrankungen? | *depressive Zustände*
 nein ja, _____
15. Leiden Sie unter Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates?
- a. Der Wirbelsäule | *Skoliose, Kyphose, Arthrose, Bandscheibenschäden, Lumbioschilgie, Osteoporose, etc.*
 nein ja, _____
- b. Obere & untere Extremität | *Schulter, Ellenbogen, Handgelenk, Finger, Becken, Oberschenkel, Knie, Fuß, etc.*
 nein ja, _____
16. Leiden Sie unter Augenerkrankungen? | *Entzündungen der Augenlider, Grüner bzw. Grauer Star, etc.*
 nein ja, _____
17. Leiden Sie unter Erkrankungen des Hals-, Nasen- und Ohrenbereiches? | *Stirnhöhlenentzündung, etc.*
 nein ja, _____
18. Leiden Sie unter Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes? | *Gallensteine, Verstopfung, Hämorrhiden, etc.*
 nein ja, _____
19. Leiden Sie unter gynäkologischen Erkrankungen?
 nein ja, _____
20. Nehmen Sie Hormonpräparate? | *Pille, etc.*
 nein ja, _____
21. Leiden Sie unter Erkrankungen der Drüsen? | *Schilddrüse, Nebenniere, Zirbeldrüse, Prostata, etc.*
 nein ja, _____
22. Leiden Sie unter Erkrankungen der Nieren bzw. der Harnwege? | *Koliken, Nierensteine, Albuminurie, etc.*
 nein ja, _____
23. Leiden Sie unter Erkrankungen des Blutsystems? | *Anämie, Hämophilie, Lymphknotenschwellung, etc.*
 nein ja, _____

24. Wie fühlen Sie sich jetzt?

- gut müde

25. Waren Sie zuletzt beim Arzt? Wenn JA, warum?

- nein ja, _____

26. Haben Sie Einschlafstörungen?

- nein ja

27. Haben Sie Angstzustände?

- nein ja

28. Welchen Effekt streben Sie bei Ihrer Thalasso Woche an?

29. Gibt es noch etwas, was Sie uns sagen möchten?

Ich versichere, die vorangegangenen Fragen nach bestem Wissen und Gewissen beantwortet zu haben.

Ort, Datum

Unterschrift