

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