CATHERINE ACKERMANN

Health History Frauen

Alle Informationen bleiben vertraulich zwischen Ihnen und Ihrem Health Coach.

PERSÖNLICHE INFORMATIONEN

Vor- /Nachname: _____

Adresse: _____

Email: _____ Wie oft lesen Sie Ihre Emails? _____

Telefon:
Home: _____ Arbeit: _____ Mobil: _____

Alter: _____ Grösse: _____ Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____

Aktuelles Gewicht: _____ Gewicht vor 6 Monaten: _____ vor 1 Jahr: _____

Wünschen Sie sich ein anderes Gewicht? _____ Wenn ja, wieviel kg? _____

SOZIALE INFORMATIONEN

Beziehungsstatus: _____

Aktueller Wohnort: _____

Kinder: _____ Haustiere: _____

Beruf: _____ Arbeitsstunden/ Woche: _____

GESUNDHEITSINFORMATIONEN

Bitte nennen Sie Ihre wichtigsten Gesundheitsanliegen: _____

_____

_____

Bemerkungen/Ziele? _____

_____

CATHERINE ACKERMANN

Health History Frauen

Wann haben Sie sich in Ihrem Leben am besten gefühlt?

Krankheiten/Verletzungen/ Krankenhausaufenthalt?

Wie ist/war die Gesundheit Ihrer Mutter?

Wie ist/war die Gesundheit Ihres Vaters?

Herkunft Ihrer Familie?

Welche Blutgruppe sind Sie?

Wie ist Ihr Schlaf?

Wieviele Stunden?

Wachen Sie in der Nacht auf?

Wenn ja, warum?

Schmerzen, Steifheit, Schwellungen?

Verstopfung, Durchfall, Blähungen?

Allergien, Intoleranzen?

Ist Ihre Periode regelmässig?

Dauer?

Jeden Monat?

Haben Sie Symptome oder Schmerzen?

Sind Sie bereits in der Menopause?

Nehmen Sie regelmässig Hormone, Pille etc. ein?

Hatten Sie je Scheideninfektionen wie z.B. Pilz?

CATHERINE ACKERMANN

Health History Frauen

MEDIZINISCHE INFORMATIONEN

Nehmen Sie Medikamente oder Nahrungsergänzungsmittel?

Sind Sie in einer Therapie? Coaching?

Welche Rolle spielt Sport und Bewegung in Ihrem Leben?

ERNÄHRUNG

Was haben Sie als Kind/Jugendliche/r gegessen?

Frühstück	Mittagessen	Abendessen	Snacks	Getränke

Wie ernähren Sie sich heute?

Frühstück	Mittagessen	Abendessen	Snacks	Getränke

Werden Sie von Familie und Freunden bei Ernährungs-/ Lebensstiländerung unterstützt?

Kochen Sie zu Hause?

Wieviel Prozent kochen Sie ca. selbst?

Woher beziehen Sie die anderen Mahlzeiten ?

Haben Sie ein Verlangen nach Zucker, Alkohol, Zigaretten? Andere Suchtverhalten?

Was müssten Sie tun, um Ihre Gesundheit zu verbessern?

BEMERKUNGEN

Was möchten Sie mir sonst noch mitteilen?

Vielen Dank für Ihr Vertrauen und auf eine erfolgreiche Zusammenarbeit in Ihrem Sinne.

Ihr Coach,
Catherine Ackermann