

Krankheiten, Operationen (zutreffendes Feld ankreuzen)	nein	ja
Rheumatische Krankheiten Muskel-, Gelenk-, Rückenschmerzen		
Arthrosen		
Osteoporose/evtl. Wirbel oder Hüftfrakturen/kleiner geworden?		
Schlaganfall/Neurologische Krankheiten		
Thrombose und Embolien		
Herz-Kreislauf/Bluthochdruck /Herzinfarkt/andere		
Magen/Darm		
Andere? Welche?		
Haben Sie familiäre Risiken? Wenn ja: Zutreffendes umkreisen Osteoporose/Arthrosen/Herzinfarkt/Alzheimer/Demenz		

Nehmen Sie Medikamente? Welche?

Was erwarten Sie von einer Good-Aging-Therapie?

Datum

Unterschrift
