



<b>Krankheiten, Operationen</b> (zutreffendes Feld ankreuzen)	<b>nein</b>	<b>ja</b>
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?		
<p>Haben Sie familiäre Krankheitsrisiken? Wenn ja, zutreffendes umkreisen. Wer war betroffen?</p> <p>Osteoporose/Arthrosen/Herzinfarkt/Alzheimer/Demenz</p>		

**Nehmen Sie Medikamente? Welche?**

---



---



---



---



---

**Was erwarten Sie von einer Good-Aging-Therapie?**

---



---



---



---



---

**Datum**

**Unterschrift**

---

**Prof. Dr. med. Jakob Eberhard**  
**Facharzt FMH Gynäkologie und Geburtshilfe**

Good-Aging und Hormone

Telefon +41 79 649 91 93  
 jakob.eberhard@hin.ch · www.jakob-eberhard.ch