

IUNE

Cell4Care

4D LONGEVITY

CEO: Gabriele Albrecht
COO: Javier Vidal Costa
CMO: Dr. Miguel Ángel Mendiola

Col: 070705290

MD: Dr. Daniel Celin

Col: 070713419

Phone: +34 871 621 622

Email: centro.medico@iune-4dlongevity.com

IUNE 4D Longevity – Kurzfragebogen Gesundheit

Name: _____

Reisepassnummer: _____

Geburtsdatum: _____

Telefonnummer: _____

E-Mail-Adresse: _____

Adresse: _____

1. Haben Sie aktuell eine ärztlich diagnostizierte Erkrankung?

☐ Nein

☐ Ja, welche: _____

2. Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

3. Welche Nahrungsergänzungsmittel nehmen Sie regelmäßig ein?

4. Gab es bei Ihnen Operationen oder größere Verletzungen?

☐ Nein

☐ Ja, welche & wann: _____

5. Leiden Sie an Allergien oder Unverträglichkeiten?

☐ Nein

☐ Ja, welche: _____

6. Hatten Sie jemals folgende Infektionen? (Mehrfachauswahl möglich)

☐ EBV

☐ Borreliose

- ☐ Covid-19
☐ Gürtelrose
☐ Andere: _____

7. Gibt es eine bekannte Autoimmunerkrankung?

- ☐ Nein
☐ Ja, welche: _____

8. Wie würden Sie Ihr aktuelles Energielevel einschätzen? (0 = keine Energie / 10 = volle Energie)

- ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10

9. Leiden Sie regelmäßig unter Schmerzen?

- ☐ Nein
☐ Ja, wo: _____

10. Haben Sie Probleme mit Schlaf oder Erholung?

- ☐ Nein
☐ Einschlafprobleme
☐ Durchschlafprobleme
☐ Nicht-erholsamer Schlaf

11. Wie würden Sie Ihre Verdauung beschreiben?

- ☐ Regelmäßig
☐ Unregelmäßig
☐ Blähungen
☐ Durchfall
☐ Verstopfung
☐ Andere: _____

12. Haben Sie Herz-Kreislauf-Beschwerden?

- ☐ Nein
☐ Herzerkrankungen
☐ Rhythmusstörungen
☐ Brustschmerz
☐ Schwindel

13. Haben Sie Atemwegs- oder Lungenerkrankungen?

- ☐ Nein
☐ Asthma
☐ COPD

☐ Atemnot bei Belastung

☐ Andere: _____

14. Gab es in den letzten 5 Jahren deutliche Gewichtsveränderungen?

☐ Nein

☐ Zunahme: _____ kg

☐ Abnahme: _____ kg

15. Wie hoch ist Ihr aktueller Stresslevel? (0 = kein Stress / 10 = maximaler Stress)

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10

16. Treiben Sie regelmäßig Sport?

☐ Nein

☐ 1×/Woche

☐ 2–3×/Woche

☐ >5×/Woche

Art: _____

17. Rauchen oder konsumieren Sie Alkohol?

☐ Nein

☐ Rauchen: _____ pro Tag

☐ Alkohol: _____ pro Woche (Art: _____)

18. Gab es auffällige Laborwerte in der Vergangenheit?

☐ Nein

☐ Ja, welche: _____

19. Haben Sie bekannte hormonelle Veränderungen oder Beschwerden?

☐ Nein

☐ Schilddrüse

☐ Menopause

☐ Andropause

☐ Libido

☐ Andere: _____

20. Was ist Ihr wichtigstes Gesundheitsziel?

Covid-19-Status

- Infektion:

☐ Nein

☐ Ja, wann & Symptome: _____

• **Impfung:**

☐ Nein

☐ Ja

○ Impfstoff: _____

○ Anzahl der Impfungen: _____

○ Letzte Impfung am: _____

○ Impfreaktionen/Beschwerden: _____

Unterschrift, Ort und Datum