

Fragebogen Erstbesuch

Personalien:

Name/Vorname	_____	Geb. Datum	_____
Strasse	_____	Tel. / Mobile	_____
PLZ/ Ort	_____	Beruf	_____
E-Mail	_____	Arbeitgeber	_____
Hausarzt	_____	Krankenkasse	_____
Familienstand	_____	mit Zusatz	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Anzahl Kinder	_____		
Name & Datum	_____		

Anleitung: Bitte füllen Sie diesen Fragebogen genau aus. Bei den Beispielen genügt es zu unterstreichen, sofern diese zutreffen; ansonsten die Fragen bitte mit eigenen Worten beantworten

Hauptbeschwerden:

1. _____
2. _____
3. _____

Weitere Erkrankungen- Welche treffen für Sie zu:

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Hoher Blutdruck | <input type="checkbox"/> tiefer Blutdruck | <input type="checkbox"/> Schlafstörungen |
| <input type="checkbox"/> Herzleiden | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Nierenbeschwerden |
| <input type="checkbox"/> Migräne / Kopf-SZ | <input type="checkbox"/> Depression | <input type="checkbox"/> Schwindel |
| <input type="checkbox"/> Durchfall/Verstopfung | <input type="checkbox"/> Hauterkrankungen | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenbeschw. |
| <input type="checkbox"/> Durchblutungsstörung | <input type="checkbox"/> Allergien | <input type="checkbox"/> Asthma |
| <input type="checkbox"/> Sonstige: | | |

Welche Krankheiten sind Ihnen in Ihrer Familie bekannt? Eltern, Grosseltern, Urgrosseltern, Geschwister: z.B. Krebs, Tuberkulose, Geschlechtskrankheiten, Selbstmord, Herzkrankheiten, Gefässkrankheiten, Schlaganfall, Asthma, Zuckerkrankheiten, Rheuma, Nierensteine, Gallensteine, Multiple Sklerose, Gicht, Allergien, Schuppenflechten, Neurodermitis, Migräne, Depressionen

Sonstiges:

Medikamente:

Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit ein? Bitte Beipackzettel oder Medikament/e mitbringen. Auch Nahrungsergänzungs-, oder andere Heilmittel mitbringen

- | | |
|------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Blutfette | <input type="checkbox"/> Schilddrüse |
| <input type="checkbox"/> Zucker | <input type="checkbox"/> Blutdruck / Herz |
| <input type="checkbox"/> Harnsäure | <input type="checkbox"/> Hormone |
| <input type="checkbox"/> Pille | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Wie oft haben Sie in den letzten 12 Monaten Antibiotika eingenommen?

Kopf:

Leiden Sie unter Kopfschmerzen / Migräne? ja nein wie häufig

- | | | | | | |
|----------------------|---|------------------|-----------------------------|-------------------------------|-----------|
| Haare | Haarausfall | Fettiges | | | |
| Augen | Bindehaut | Brille | Grauer Star | Linsen OP | brennen |
| Ohren | Tinnitus rechts | Tinnitus links | Schwerhörig | Ohren Schmerz | Ohren OP |
| Zähne /Kiefer | Wurden bei Ihnen Amalgamfüllungen entfernt? | | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| | Wurde eine Amalgamausleitung durchgeführt? | | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| | Sind Amalgamfüllungen vorhanden? | | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| | Haben Sie Wurzelbehandelte Zähne? | | <input type="checkbox"/> ja | Wie viele? | |
| Nase | Operationen | Nebenhöhlen | Polypen | Verstopft | |
| Mandeln | Operation | häufig Entzündet | | als Kind | heute |
| Schilddrüse | Überfunktion | Unterfunktion | Autoimmun | Struma /Kropf | Operation |

Brust / Bauch:

- | | | | | | | |
|--------------|-------------------------|-------------------|-------------------------------|-----------------------|---------------|--------|
| Herz | Stechen | Druckgefühl | Infarkt | Beklemmen | Rhythmus | |
| Lunge | Asthma | Bronchitis | häufig Husten | trocken produktiv | Atemnot | |
| Leber | Entzündung | Werte erhöht | Operation | Zirrhose | Autoimmun | |
| Galle | Koliken | Steine | Operation | Fettverdauungsstörung | | |
| Magen | Völlegefühl | Entzündung | Appetitlos | Schmerzen | Sodbrennen | |
| Darm | Infektion | Verschluss | Entzündung | Hämorrhoiden | Blinddarm OP | |
| Stuhl | täglich | jeden 2, 3, 4 Tag | | unregelmässig | übel riechend | |
| | Neigung zu Verstopfung | | Neigung zu Durchfall | | wechselhaft | |
| | hell | dunkel | hart | knollig | schmierig | bohnig |
| | kann Stuhl nicht halten | | Gefühl nicht fertig zu werden | | | |

Sonstiges:

Rücken – Arme- Beine:

Rücken	Beweglichkeit eingeschränkt	Verspannungen	Schmerzen		
Arme/Hände	kalte Hände	kribbeln	einschlafen	Tennisellbogen	Schmerzen
Beine	kalte Füße	kribbeln	einschlafen	Krampfadern	Schmerzen
Narben	Rücken <input type="checkbox"/>	Arme <input type="checkbox"/>	Beine <input type="checkbox"/>	Schulter <input type="checkbox"/>	

Operationen: _____

Haut / Nägel:

Haut	jucken	Warzen	Ekzeme	Muttermale	Geschwüre
Nägel	brüchig	Pilze	eingewachsen	Entzündungen	Verfärbung

Sonstiges: _____

Unterleib:

Gynäkologie Ausfluss, Eierstockentzündung, Ausschabungen, Fehlgeburten, Tumore, Zysten, Myome, Geschlechtskrankheiten,

Menstruation wann war 1. Menses: wann die letzte:

Beschwerden vor- während- nach welche:

Wechseljahrbeschwerden welche:

Verhütungsmittel welche

Prostata vergrößert Entzündungen Operiert Wasserlösen erschwert

Nieren /Blase Entzündungen Steine Reizblase

Harn viel wenig häufig nicht halten Geruch

Sexualität vermindert verstärkt unbefriedigt Beschwerden

Sonstiges:

Allgemeines:

Blutdruck _____

Rauchen Sie?

ja nein

Wie viele Zigaretten / d _____

Auf Skala von 1-10 (wobei 10 optimal)–wie viel Energie haben Sie? _____

Wieviel Liter und was trinken Sie pro Tag? _____

Treiben Sie Sport? welchen? _____

Schlaf: Schlaflosigkeit, häufiges Erwachen (Uhrzeit _____), Einschlafschwierigkeiten, Sprechen beim Schlaf, Gedankenfluss, Unruhige Beine, heisse Füße, kalte Füße, Zähneknirschen, Nachtschweisse

Schlafzeit übliches zu Bett gehen

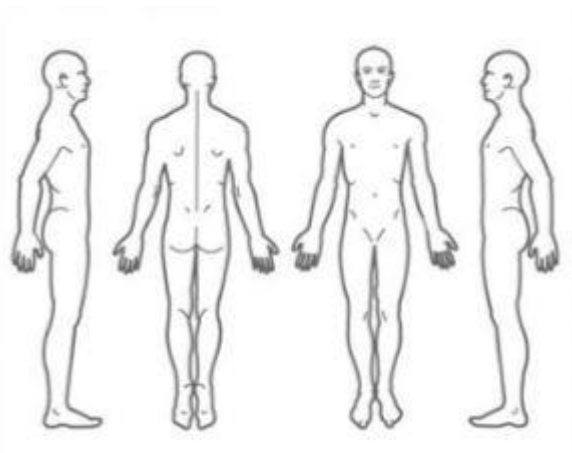
übliches Aufstehen

Schmerzfragen:

Wo treten Schmerzen auf?
Bitte ankreuzen
Kreuz = punktförmiger Schmerz
Linie = unklare Schmerzlokalisierung
Pfeil = ausstrahlender Schmerz



Von 0 = kein Schmerz bis 10 = stärkster vorstellbarer Schmerz



Seit wann haben Sie die Schmerzen?

Gab es ein auslösendes Ereignis?

Wie oft haben Sie die Schmerzen?

Immer, mehrmals am Tag, alle paar Tage, wöchentlich, seltener

Welche Ereignisse verschlimmern?

Körperliche Belastung, längeres Stehen, Sitzen, Gehen, Stress, Kälte, Wärme, Nahrungsmittel, Husten, Niessen, Tageszeit, Wetterlage, Monatsblutung, Sonstiges

Welche Ereignisse verbessern?

Ruhe, Schlaf, Bewegung, Kälte, Wärme, Sport,
Schmerzmittel, Urlaub

Ernährung:

Essen Sie vegetarisch oder vegan?

Notieren Sie, wie bei Ihnen die Nahrungsaufnahme an einem Tag aussieht:

Morgen

Zwischenmahlzeit

Mittag

Zwischenmahlzeit

Abends

Haben Sie Heisshunger

Salz / Süß / Saures / Fettiges / Sonstiges:

Unverträglichkeiten

Lactose / Fruktose / Gluten / Andere:

**Welche Lebensmittel
vertragen Sie nicht?**

Krankengeschichte:

Chronologie der Krankengeschichte: Bitte erfassen Sie alle bisherigen Erkrankungen, Operationen und Unfälle welche Sie durchgemacht haben.

Gemüt:

Leiden Sie unter Ängsten?

Alleinsein, Dunkelheit, Höhenangst, Krankheiten, etc.

Sind Sie oft reizbar?

Leiden Sie unter anhaltendem Kummer?

Haben Sie Sorgen?

Was ist Ihre grösste Sorge im Leben?

Gibt es Konflikte?

Was ist Ihr grösster Wunsch?

Welche Ziele haben Sie im Leben?

Was ist sonst noch wichtig zu wissen:

Information für PatientInnen und KlientInnen

Ich wurde über die Kosten der Behandlung, über Versicherungsleistungen, Kostengutsprachen und Zahlungsmodalitäten informiert. Insbesondere wurde ich darauf hingewiesen, dass ich vor Beginn der Behandlung mit meiner Zusatzversicherung abkläre, ob die beabsichtigten Behandlungen bei dieser Therapeutin von meiner Versicherung anerkannt werden.

Ich wurde darauf hingewiesen, eine schulmedizinische Behandlung keinesfalls ohne Rücksprache mit dem Arzt / Ärztin abzubrechen.

Ich wurde von der Therapeutin über Möglichkeiten und Grenzen der angewandten Behandlungsmethoden sowie über mögliche Risiken und Nebenwirkungen aufgeklärt. Gemeinsam wurde ein Behandlungsziel und ein Behandlungsplan festgelegt.

Es wurden mir keinerlei Heilversprechen gemacht.

Termine die ich nicht einhalten kann, sage ich mindestens 24 Stunden vorher ab, da sie sonst verrechnet werden können.

Ich habe alle Angaben welche zu Medikamenten und/oder anderen Heilmittel welche ich einnehme genau notiert.

Ich habe die Erläuterungen zur Kenntnis genommen und bestätige die Richtigkeit meiner Angaben.

Datum:

Unterschrift: