

## Fragebogen

Ihre Angaben auf diesem Fragebogen sind für Ihre Abklärungen und Therapien wichtig. Nehmen Sie sich daher genügend Zeit und beantworten Sie die Fragen vollständig. Sollte der Platz nicht ausreichen, legen Sie bitte ein Ergänzungsblatt bei.

**Name:** \_\_\_\_\_ **Vorname:** \_\_\_\_\_ **Geburtsdatum:** \_\_\_\_\_

**Grösse in cm:** \_\_\_\_\_ **Gewicht in kg:** \_\_\_\_\_ **Blutgruppe:** \_\_\_\_\_

1. Wie wurden Sie auf uns aufmerksam?	↓ Spalte bitte leer lassen ↓
2. Welches ist Ihr Hauptproblem?	
3. Was haben Sie zurzeit noch für andere Krankheiten und Symptome?	
4. Welche Therapien/Medikamente etc. haben Ihnen bis jetzt am meisten geholfen?	
5. Welche Krankheiten, Operationen und Unfälle haben Sie in Ihrem Leben bereits durchgemacht?	
6. Welche familiären Krankheiten oder Belastungen bestehen?	
7. Sind Allergien bekannt? Wenn ja, welche?	
8. Sind Sie sozialen oder beruflichen Belastungen ausgesetzt? Wenn ja, welche?	

9. Sind Sie Umweltbelastungen ausgesetzt (Wasseradern, Starkstromleitungen, Umweltschadstoffe usw.)?	↓ Spalte bitte leer lassen ↓
10. Wie sind Ihre Rauchgewohnheiten und Ihr Alkoholkonsum?	
11. Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit?	

**Zutreffende Punkte bitte ankreuzen und evt. bitte kurz beschreiben:**

	normal	zu wenig	zu viel	Bemerkungen
Appetit/Durst	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Verdauung/Stuhlgang	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Körperliche Bewegung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

	Nein	Ja	Bemerkungen
Schlafstörungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Zahnprobleme/Wurzelbehandlungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Haben Sie Amalgamfüllungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Herzbeschwerden/Herzleiden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Atemnot/Asthma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Unruhe/Konzentrationsstörungen/Müdigkeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Störungen im Blasen-/Genitalbereich	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Erbrechen/Übelkeit/Blähungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Rückenprobleme/Gelenkprobleme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Haben Sie Schwierigkeiten mit Treppensteigen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Benötigen Sie einen Rollstuhl?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Psychische Probleme?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Essen Sie Diät?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Anderes:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

**\*Falls ja, welche? (Bitte unter Bemerkungen eintragen)**

**Datum:**

**Unterschrift:**