

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
		↓ Diese Spalte bitte leer lassen ↓
1. Wie wurden Sie auf uns aufmerksam?		
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 welchen?

↓ Diese Spalte bitte leer lassen ↓

9. Sind Sie Umweltbelastungen ausgesetzt (Wasseradern, Starkstromleitungen, Umweltschadstoffe usw.)

10. Wie sind Ihre Rauchgewohnheiten und Ihr Alkoholkonsum?

11. Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit?

Grösse in cm

Gewicht in kg

Zutreffende Punkte bitte ankreuzen und evtl. bitte kurz beschreiben.

	<u>normal</u>	<u>zu wenig</u>	<u>zu viel</u>	<u>Bemerkungen</u>
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"/>	_____
		<u>nein</u>	<u>ja</u>	
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: