

Persönlicher Fragebogen (vertraulich)

Bitte in Blockschrift ausfüllen was bekannt ist

Name	
Vorname	
Adresse	
Adresse Zusatz/Ergänzung	
Plz, Ort	
Geburtsdatum	Geburtsort
Zivilstand	Beruf

Telefon Privat		
Telefon unterwegs		
Email		
Kasse Grundversicherung	Versichertennummer	
Kasse Zusatz Komplementär	Versichertennummer	
Hausarzt	Blutgruppe	
Religionszugehörigkeit	Grösse	Gewicht
Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?	AHV-Nummer	

A

Vorgeschichte / Überblick

Operationen / Verletzungen / Unfälle *Alter*
(inkl. Beschneidung, Muttermalentfernung, etc mit oder ohne Naht/Narbe)

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Schwere Infektionen / Krankheiten *Alter*
(Lungenentzündung, Tuberkulose, Krebs, Herzanfall, chron. Bronchitis, Colitis, Mumps, Masern, Windpocken, etc.)

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Schwangerschaft / Geburt / Abgang *Alter*

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Früherer/ derzeitiger Beruf mit Kontakt zu Giften *Alter*
(Spritzmittel, Dämpfe, Abgase, etc.)

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Längere Auslandsaufenthalte in 3. Welt Ländern *Alter*

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Frühere oder aktuelle psychische Traumata, Belastungen, Stress *Alter*

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Längere Abhängigkeit (Medikamente, Drogen, Alkohol, Zigaretten) wann

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Frühere Medikamente (inkl. Antibabypille, Parasitenkuren, etc.) wann

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Aktuelle Medikamente (bitte mitbringen) (inkl. Antibabypille, Hormontherapie Muskelaufbaupräparate, Homöopathie etc.) seit

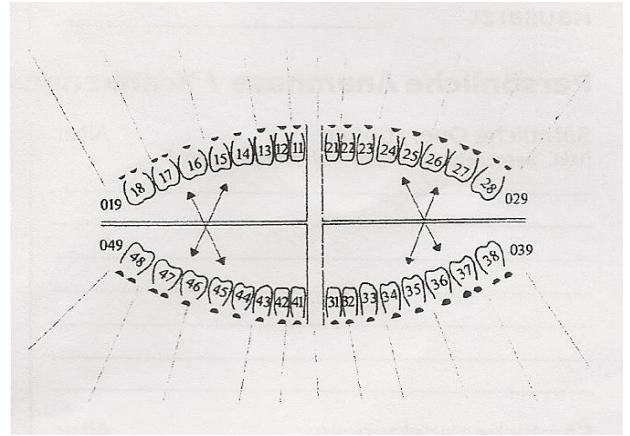
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Impfungen
(Bitte Kopie Impfausweis beilegen)

Metalleinschlüsse / Implantate *Alter*
(künstliche Gelenke, Stabilisierungen, Nägel, Silikon etc.)

Zahnärztliche Eingriffe *Alter*
(Anzahl Amalgamfüllungen, Gebisskorrekturen,
Entfernung von Zähnen, Wurzelbehandlungen etc.)

Wird vom Behandler ausgefüllt



B

Familiäre Erkrankungen / Störungen

Was ist Ihnen bekannt (betrifft nur die direkten Verwandten, nicht diejenigen des Partners/der Partnerin)?
Zum Beispiel: Diabetes mellitus, massives Übergewicht, Herzerkrankungen, hoher Blutdruck, Schlaganfall,
Arteriosklerose, Asthma, Allergien, Ekzeme, Tuberkulose, Krebs, rheumatische Erkrankungen, Geistes-
krankheiten, Nervenkrankheiten, Depressionen, andere schwere Erkrankungen?

Wenn möglich, auch angeben woran direkte Verwandte verstorben sind (welche Erkrankung, Altersschwäche,
Tod unklarer Ursache, Suizid).

Wer? *Erkrankung* *Alter*

C

Beschwerden / Symptome

Hauptproblem seit (Datum)

Medizinische Diagnose (Bitte Kopie Labor-/Arztberichte der letzten 12 Monate beilegen) Datum

Welche Vorteile erschliessen sich Ihnen dadurch? Was will es Ihnen aufzeigen?

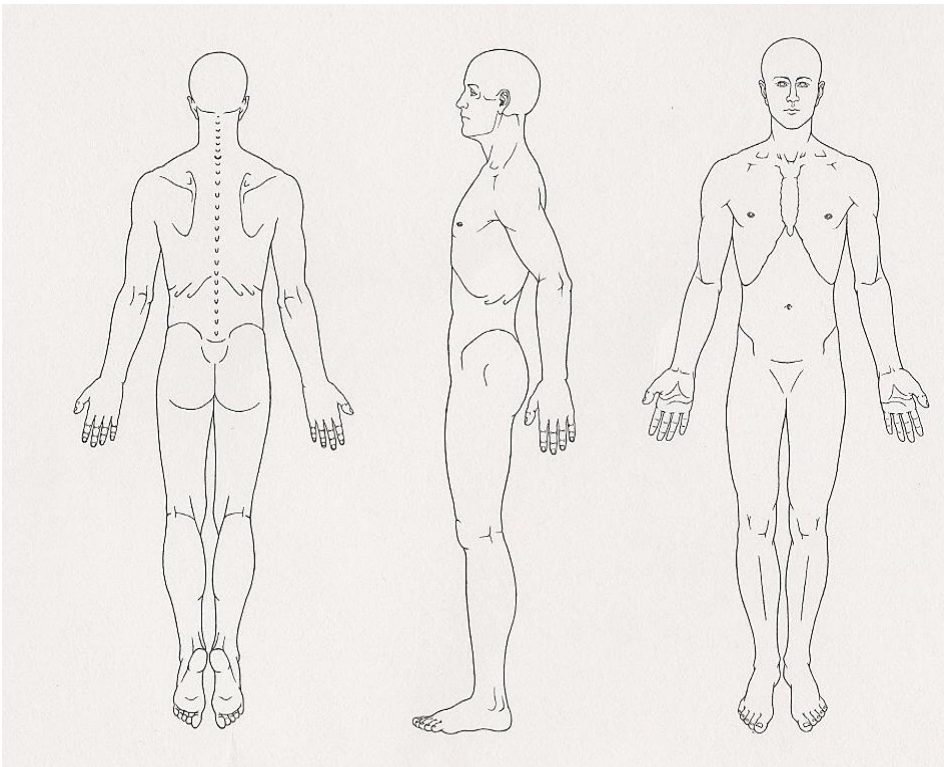
Wozu wollen Sie gesund sein (Wie würden Sie die bessere Lebensqualität sinnvoll nutzen)?

Weitere Erhebungen

Blutdruck	<input type="radio"/> normal	<input type="radio"/> hoch	<input type="radio"/> tief	letzter Wert: _____ / _____
Allergien (evtl. Allergiepass?)	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja	Welche? _____	
Kreislaufstörungen	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja	Bemerkungen: _____	
Herzbeschwerden, -leiden	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja	Welche? _____	
Diabetes	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja	Seit wann? _____	
Schilddrüsenprobleme	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja	wenn ja: <input type="radio"/> Überfunktion <input type="radio"/> Unterfunktion	
Osteoporose	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja	Bemerkungen: _____	
Angststörungen	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja	Welche? _____	
Psychische Probleme	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja	Welche? _____	
Atemnot, Asthma	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja	Bemerkungen: _____	
Stress	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja	Bemerkungen: _____	
Unruhe, Konzentrationsstörungen	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja	Bemerkungen: _____	
Müdigkeit, rasche Erschöpfung	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja	Bemerkungen: _____	
Schlafstörungen	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja	wenn ja: <input type="radio"/> Einschlafstör. <input type="radio"/> Durchschlafstör.	
Verdauungsprobleme, Blähungen	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja	Bemerkungen: _____	
Übelkeit, Erbrechen	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja	Bemerkungen: _____	
Menstruationsstörungen	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja	Welche? _____	
Wechseljahre	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja	o vorüber _____	
Rücken-, Gelenkprobleme	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja	Bemerkungen: _____	
Hautkrankheiten/Ekzeme	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja	Welche? _____	
Sexuelle Störungen	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja	Welche? _____	
Probleme beim Wasserlassen	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja	Bemerkungen: _____	

Bitte mit einem „X“ Ort der Schmerzen/Fehlfunktion/Störung markieren

Bemerkungen



D

Ernährungs-, Trink- und Lebensgewohnheiten

Getränke: Mineralwasser(ohne / mit Kohlensäure) Kräutertee Kaffee
 Schwarztee süsse Getränke Alkohol Fruchtsäfte
Flüssigkeitszufuhr am Tag im Durchschnitt: _____ Deziliter

Appetit: normal zu wenig zu viel

Mahlzeiten: regelmässig unregelmässig Anzahl Mahlzeiten pro Tag: _____

Erste Mahlzeit am Tag: _____ Uhr Letzte Mahlzeit am Tag: _____ Uhr

Süssigkeiten: täglich mehrmals wöchentlich wöchentlich monatlich

Ernährungsstil: vegetarisch vegan Fleisch: wie oft pro Woche? _____
 Milchprodukte: wie oft pro Woche? _____ Fisch: wie oft pro Woche? _____

Halten Sie Diät? nein ja Welche? _____

Nahrungsergänzungen: nein ja Welche? _____

Unverträglichkeiten: nein ja Welche? _____

Stuhlgang: < 1 x täglich 1-2 x täglich > 2 x täglich

Konsistenz Stuhl: eher fest/hart kompakte Form weich eher breiig/wässrig

Raucher/ in: nein ja: wie viel pro Tag? _____

Sexuelle Neigung: hetero homo andere _____

Fernsehkonsum: < 1 Stunde/Tag 1-2 Stunden/Tag > 2 Stunden/Tag

Kabelloses Telefonieren: < 15 Minuten/Tag 15-60 Minuten/Tag > 1 Stunde/Tag

WLAN-Exposition: keine < 2 Stunden/Tag > 2 Stunden/Tag

Bewegung (Sport/Gymnastik/Fitness): keine 1-2 x wöchentlich > 2 x wöchentlich

Häufige Sonnenbestrahlung: nein ja Solarium: nein ja: wie oft? _____

Pflegelinien (Shampoo, Gesichtslotion, Deo etc): _____

In welchen Bereichen sind Sie am ehesten bereit, den Heilungsprozess zu unterstützen:
 Ernährung Bewegung Stressmanagement soziales Umfeld anderes: _____

E

Bereits durchgeführte Behandlungen / Therapien

was? bei wem? Nutzen (ja/nein)

Erwartungen / Behandlungsziel

Ich habe die [Klienteninformation](#) gelesen und zur Kenntnis genommen. ja nein
Ich bin einverstanden, wenn ein/e Praktikant/in anwesend ist. ja nein
Ich wünsche im Rahmen einer Behandlung ein Gebet für mich. ja nein