Naturheilpraxis
Myriam Zurkinden
Hauptstrasse 8a, 3186 Düdingen
079.215.37.72 www.zumy.ch

Fragebogen

Liebe Klientin, lieber Klient
Sie haben sich für eine Abklärung und/oder Therapie angemeldet. Sie erleichtern mir die Arbeit, wenn Sie vor Ihrem ersten Termin die folgenden Fragen möglichst genau beantworten.
Herzlichen Dank für Ihre Mithilfe!

Name : _____ Vorname : _____

Beruf : _____ Geburtsdatum : _____

Adresse : _____

Tel. Nr. : _____ Handy Nr. : _____

E-Mail : _____ Hausarzt : _____

Krankenkasse : _____ Alternativversicherung : o ja o nein

Welche Beschwerden möchten Sie bei mir behandeln lassen?

_____
_____
_____
_____

Wann treten diese Beschwerden auf? Wodurch werden sie ausgelöst?

_____
_____
_____

****

Durchgemachte Erkrankungen

o Pfeiffersches Drüsenfieber	o Nierenprobleme	o Geschlechtskrankheiten
o Angina	o Lungenprobleme	o _____
o Warzen	o Leber- /Gallenblaseprobleme	o _____
o Pilzinfektionen	o Prostataerkrankungen	o _____

Operationen und bildgebende Diagnostik

o Bestrahlungen	o Operationen (welche?)	o Narben (wo?)
o MRI	o _____	o _____
o Röntgen	o _____	o _____
o Tätowierungen	o _____	o _____

Kinderkrankheiten

o Röteln	o Keuchhusten	o falscher / echter Croup
o Masern	o Windpocken („spitze Blattern“)	o Anderes
o Mumps	o Dreitagesfieber	o _____
o Kinderlähmung	o Scharlach	o _____

Impfungen

o Diphtherie	o Tetanus (Starrkrampf)	o Kinderlähmung
o Hirnhautentzündung	o Keuchhusten	o Hepatitis (A oder B)
o Zecken	o Tuberkulose	o Grippe
o Typhus	o Masern, Mumps, Röteln	(In welchem Jahr? _____)
o HPV	o Nebenwirkungen ? _____	

Medikamente

o Antibiotika
o Asthmamittel
o Kortison
o Hormone
o „Die Pille“
o Krebsmittel
o Andere: _____
o _____
o _____

Suchtmittel

o Nikotin
o Alkohol
o Drogen

Wenn ja, was und in welchen Mengen? _____

Ernährung

o Vegetarisch
o Gemischt
o Vollwert
o Mikrowelle
o Trennkost
o Fast Food

Auf welche Nahrungsmittel verzichten Sie? _____

Was und wie viel trinken Sie im Tag? _____

Allergien und Unverträglichkeiten

Leiden Sie an einer Allergie oder an Unverträglichkeiten? Wenn ja, welche?

_____

_____

Sind Allergietests durchgeführt worden? Welches waren die Ergebnisse? Therapie?

_____

_____

Haut

o Hautschuppen
o Rötungen
o Juckreiz
o Milchschorf
o Nesselfieber/ Nesselsucht
o Pigmentationsstörungen
o Haarausfall
o Haarschuppen
o Vermehrtes Schwitzen
o Nachtschweiss
o _____
o _____

Hautpflege

Welche Hautpflegeprodukte benützen Sie?

_____

_____

Kreislauf

o Herzklopfen
o Herzrasen
o Herzenge
o Schwindel
o Bluthochdruck
o zu tiefer Blutdruck
o unregelmässiger Puls
o kalte Hände/Füsse
o Herzrhythmusstörungen
o _____
o _____
o _____

Atmung

o Atemnot
o Asthma
o Pfeifen
o Husten / Reizhusten (mit oder ohne Auswurf)
o Nasenbluten
o Schnarchen
o Nasennebenhöhlenentzündungen
o Lungenentzündung
o Räuspern
o Heuschnupfen (wann? _____)
o Trockene, fliessende, verstopfte Nase
o _____

Mundhöhle

o Aphten
o Mundgeruch
o Zungenbelag
o Fieberbläschen
o Zahnfleischentzündungen
o Zahnfleischblutungen
o verfärbtes Zahnfleisch
o Zungenbrennen
o Mundtrockenheit
o Lippenbeläge
o _____
o _____

Zähne

o Zahnstellungskorrektur
o Zahnprotese
o Karies
o Zahnfüllungen (Amalgam, Porzellan, Kunststoff, andere)
o Implantate
o Wurden Zähne gezogen? Welche? _____
o _____
o _____

Verdauung

o Schluckbeschwerden
o Aufstossen
o Magenbrennen
o Blähungen
o vermehrter Windabgang
o Übelkeit
o Krämpfe, Schmerzen
o regelmässiger Stuhlgang
o unregelmässiger Stuhlgang
o Blut am/im Stuhl
o Durchfall
o Verstopfung
o _____
o _____
o _____

Nerven

o Kopfschmerzen
o Geschmacksstörungen
o Geruchsinnsstörungen
o Hörstörungen
o Sensibilitätsstörungen
o Schwerhörigkeit
o Ohrgeräusche
o Reizbar
o Stimmungsschwankungen
o Antriebslosigkeit
o Chronische Müdigkeit
o Konzentrationsstörungen
o _____
o _____
o _____

Bewegung

o Nackenverspannungen
o Knochenschmerzen
o Muskelschmerzen
o Rheuma
o Gelenksschmerzen
Wenn ja, welche?
_____
o Diskushernie
o Rückenschmerzen
wo? _____
o _____
o _____

Gynäkologie

o Unregelmässige Menstruation
o Schmerzhafte Menstruation
o Starke Menstruation
o schwache Menstruation
o Misslaunigkeit um die Menstruation
o Schmerzen beim Eisprung
o wiederkehrende Pilzinfektionen
o Wasseransammlungen
o weisser Ausfluss
o klarer Ausfluss
o stinkender Ausfluss
o Blasenentzündungen
o Unterbauchentzündungen
o Blutungen nach dem Geschlechtsverkehr
o Schmerzen beim Geschlechtsverkehr
o Brustveränderungen
o _____
o _____

Krankheiten in der Familie

o Diabetes
o Tuberkulose
o Krebs
o Geschlechtskrankheiten
o Geisteskrankheiten
o _____

Diverses

o Infektanfällig? o ja o nein
o Schmuckunverträglichkeit? Welchen? _____
o Reaktionen auf Haustierkontakt? Welche? _____
o Schlafstörungen? o Einschlafen? o Durchschlafen?
o Treiben Sie Sport? Welchen und wie häufig? _____
o Handy? o ja o nein Wie lange telefonieren Sie pro Tag? _____
o TV Konsum? o ja o nein Wie lange pro Tag? _____
o Computerarbeit? o ja o nein Wie lange pro Tag? _____
o Was Sie sonst noch sagen wollten: _____
_____
_____

Wer hat mich empfohlen? _____

So, nun haben Sie es geschafft! Ich danke Ihnen für ihre Mühe.

Datum: _____ Unterschrift : _____