



Hauptstrasse 8a, 3186 Düringen
079.215.37.72 www.zummy.ch

Questionnaire

Chère patiente, cher patient,
Vous vous êtes inscrits à une clarification et/ou à une thérapie. Pour cette raison, je vous prie de remplir le questionnaire suivant avant votre premier rendez-vous. Je vous remercie sincèrement de votre coopération.

Nom : _____ Prénom : _____

Profession : _____ Date de naissance : _____

Adresse : _____

N° de tél : _____ N° de tél. mobile : _____

E-Mail : _____ Médecin de famille : _____

Caisse maladie : _____ Méd. complémentaire : o oui o non

Quels maux souhaitez-vous traiter chez moi ?

Quand ces maux apparaissent-ils ? Par quoi sont-ils déclenchés ?

Maladies (actuelles ou passées)

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Mononucléoses | <input type="checkbox"/> Problèmes aux reins | <input type="checkbox"/> Maladies vénériennes |
| <input type="checkbox"/> Angines | <input type="checkbox"/> Problèmes aux poumons | <input type="checkbox"/> Maladie de la prostate |
| <input type="checkbox"/> Verrues | <input type="checkbox"/> Problèmes de la vésicule biliaire ou du foie | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Mycoses | | <input type="checkbox"/> _____ |

Opérations et rayons

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Radiations | <input type="checkbox"/> Opérations (lesquelles ?) | <input type="checkbox"/> Cicatrices (à quel endroit ?) |
| <input type="checkbox"/> IRM | <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Radiographies | <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Tatouages | <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> _____ |

Maladies infantiles

- | | | |
|---------------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> Rougeole | <input type="checkbox"/> Coqueluche | <input type="checkbox"/> Croup (faux ou vrai) |
| <input type="checkbox"/> Rubéole | <input type="checkbox"/> Varicelle | <input type="checkbox"/> Autres |
| <input type="checkbox"/> Oreillons | <input type="checkbox"/> Fièvre des trois jours | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Poliomyélite | <input type="checkbox"/> Scarlatine | <input type="checkbox"/> _____ |

Vaccination

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Diphtérie | <input type="checkbox"/> Tétanos | <input type="checkbox"/> Poliomyélite |
| <input type="checkbox"/> Méningite | <input type="checkbox"/> Coqueluche | <input type="checkbox"/> Hépatite (A ou B) |
| <input type="checkbox"/> Tiques | <input type="checkbox"/> Tuberculose | <input type="checkbox"/> Grippe |
| <input type="checkbox"/> Typhus | <input type="checkbox"/> Rougeole, oreillons, rubéole | (En quelle année? _____) |
| <input type="checkbox"/> Effets secondaires ? | _____ | _____ |

Médicaments

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Antibiotiques | <input type="checkbox"/> Hormones | <input type="checkbox"/> Autres: _____ |
| <input type="checkbox"/> Remèdes contre l'asthme | <input type="checkbox"/> Pilule contraceptive | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Cortisone | <input type="checkbox"/> Traitements contre le cancer | <input type="checkbox"/> _____ |

Drogues/dépendances

- | | | |
|-----------------------------------|---------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Nicotine | <input type="checkbox"/> Alcool | <input type="checkbox"/> Drogues |
|-----------------------------------|---------------------------------|----------------------------------|
- Si oui, lesquelles et en quelle quantité ? _____

Nutrition

- | | | |
|-------------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> Végétarien | <input type="checkbox"/> Valeur entière | <input type="checkbox"/> Régime dissocié |
| <input type="checkbox"/> Mélangé | <input type="checkbox"/> Micro-onde | <input type="checkbox"/> Fast Food |
- Il y a-t-il des aliments que vous évitez ? Si oui, lesquels _____
- Que buvez vous habituellement et en quelle quantité ? _____

Allergies et Incompatibilités

Souffrez-vous d'allergies ou d'incompatibilités (alimentaires ou autres) ?

Avez-vous subi des tests d'allergies? Si oui, quels ont été les résultats? Quelles thérapies avez-vous suivies?

Peau

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Pellicules de la peau | <input type="checkbox"/> Urticaire | <input type="checkbox"/> Fortes sueurs |
| <input type="checkbox"/> Rougeurs | <input type="checkbox"/> Troubles de la pigmentation | <input type="checkbox"/> Sueurs nocturnes |
| <input type="checkbox"/> Prurit | <input type="checkbox"/> Chutes des cheveux | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Croûtes de lait | <input type="checkbox"/> Pellicules des cheveux | <input type="checkbox"/> _____ |

Soins de la peau

Produits utilisés pour l'hygiène de la peau ?

Circulation

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Précordialgies | <input type="checkbox"/> Hypertension | <input type="checkbox"/> Troubles du rythme cardiaque |
| <input type="checkbox"/> Palpitations cardiaques | <input type="checkbox"/> Hypotension | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Angines de poitrine | <input type="checkbox"/> Pouls irrégulier | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Vertiges | <input type="checkbox"/> Mains/pieds froids | <input type="checkbox"/> _____ |

Respiration

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Difficultés respiratoires | <input type="checkbox"/> Saignements de nez | <input type="checkbox"/> Rhûme des foins
(quand ? _____) |
| <input type="checkbox"/> Asthme | <input type="checkbox"/> Ronflements | <input type="checkbox"/> Nez sec, bouché ou coulant |
| <input type="checkbox"/> Sifflements | <input type="checkbox"/> Sinusites | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Toux / toux irritante
(productive ou improductive) | <input type="checkbox"/> Pneumonies | <input type="checkbox"/> _____ |
| | <input type="checkbox"/> Raclement de gorge | <input type="checkbox"/> _____ |

Cavité buccale

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Aphtes | <input type="checkbox"/> Gingivites | <input type="checkbox"/> Sécheresse de la bouche |
| <input type="checkbox"/> Mauvaise haleine | <input type="checkbox"/> Gencives irritées | <input type="checkbox"/> Dépôt sur les lèvres |
| <input type="checkbox"/> Langue chargée | <input type="checkbox"/> Gencives tachées | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Herpès | <input type="checkbox"/> Glossopyrosis (langue qui brûle) | <input type="checkbox"/> _____ |

Dents

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Appareils dentaires | <input type="checkbox"/> Plombages dentaires
(amalgame, porcelaines,
plastiques, autres) | <input type="checkbox"/> Implants |
| <input type="checkbox"/> Caries | | <input type="checkbox"/> Dents extraites |

Digestion

- | | | |
|---|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Dysphagie | <input type="checkbox"/> Météorisme | <input type="checkbox"/> Diarrhée |
| <input type="checkbox"/> Rôts | <input type="checkbox"/> Nausées | <input type="checkbox"/> Constipation |
| <input type="checkbox"/> Brûlures d'estomac | <input type="checkbox"/> Crampes, douleurs | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Sang dans les selles | <input type="checkbox"/> Selles régulières | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Ballonnements | <input type="checkbox"/> Selles irrégulières | <input type="checkbox"/> _____ |

Nerfs

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Maux de tête | <input type="checkbox"/> Surdité | <input type="checkbox"/> Fatigues chroniques |
| <input type="checkbox"/> Trouble du goût | <input type="checkbox"/> Bourdonnements d'oreilles | <input type="checkbox"/> Trouble de concentration |
| <input type="checkbox"/> Trouble de l'odorat | <input type="checkbox"/> Irritabilité | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Trouble auditif | <input type="checkbox"/> Variation d'humeur | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Trouble de sensibilité | <input type="checkbox"/> Manque d'envie | <input type="checkbox"/> _____ |

Mouvement

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Contraction de la nuque | <input type="checkbox"/> Douleur aux articulations | <input type="checkbox"/> Mal de dos, si oui, où plus |
| <input type="checkbox"/> Douleurs aux os | Si oui, lesquelles ? _____ | précisément ? _____ |
| <input type="checkbox"/> Faiblesse des muscles | <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Rhumatismes | <input type="checkbox"/> Hernie discale ? | <input type="checkbox"/> _____ |

Gynécologie

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Menstruations irrégulières | <input type="checkbox"/> Mycoses récidiviste | <input type="checkbox"/> Saignements après le rapport |
| <input type="checkbox"/> Menstruations douloureuses | <input type="checkbox"/> Rétention d'eau | sexuel (hors menstruation) |
| <input type="checkbox"/> Menstruations fortes | <input type="checkbox"/> Pertes blanches | <input type="checkbox"/> Cystites |
| <input type="checkbox"/> Menstruations faibles | <input type="checkbox"/> Pertes transparentes | <input type="checkbox"/> Lésions du sein |
| <input type="checkbox"/> Mauvaise humeur lors de | <input type="checkbox"/> Pertes odorantes | <input type="checkbox"/> _____ |
| la menstruation | <input type="checkbox"/> Douleur pendant le rapport sexuel | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Douleurs lors de l'ovulation | <input type="checkbox"/> Infections au ventre inférieur | <input type="checkbox"/> _____ |

Maladies dans la famille

- | | | |
|--------------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> Diabète | <input type="checkbox"/> Cancer | <input type="checkbox"/> Maladies mentales |
| <input type="checkbox"/> Tuberculose | <input type="checkbox"/> Maladies vénériennes | <input type="checkbox"/> _____ |

Divers

- Prédispositions aux infections ?
- Allergie aux bijoux ? Lesquels ? _____
- Réactions aux contacts avec les animaux ? Lesquels ? _____
- Troubles du sommeil ? Difficultés à s'endormir Difficultés à dormir la nuit complète ?
- Faites-vous du sport ? Le(s)quel(s), avec quelle intensité ? _____
- En moyenne combien de fois par jour téléphonez-vous avec un téléphone portable ? _____
- En moyenne combien de temps par jour regardez-vous la télévision ? _____
- En moyenne combien de temps par jour êtes-vous sur l'ordinateur ? _____
- Autres remarques : _____
- _____
- _____
- _____

Qui m'a recommandé ? _____

Je vous remercie de votre coopération pour avoir rempli ce questionnaire.

Date : _____

Signature : _____