



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<br>(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<br>(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<br>(amalgame, porcelaines,<br>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 : \_\_\_\_\_