



## 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!

### Persönliche Angaben

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Tel. Nr.: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Hausarzt: \_\_\_\_\_

Alternativversicherung:  ja  nein

Rechnung:  digital  per Post

Datenschutzerklärung einverstanden:  ja  nein

Die Datenschutzerklärung kann auf meiner Homepage [www.zumy.ch](http://www.zumy.ch) oder bei mir in der Praxis eingesehen werden.

### Aktueller Anlass

Welche Beschwerden oder Anliegen führen Sie zu mir?

---

---

Seit wann bestehen diese Beschwerden?

---

---

---

\*\*\*\*\*

### Operationen und medizinische Abklärungen

- Operationen (Welche? Wann?) \_\_\_\_\_
- Narben (Wo?) \_\_\_\_\_
- Bestrahlungen                            Tätowierungen

### Medikamente

- |                                       |  |  |
|---------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Antibiotika  | <input type="checkbox"/> Hormone / Pille | <input type="checkbox"/> Andere: _____ |
| <input type="checkbox"/> Asthmamittel | <input type="checkbox"/> Kortison        | <input type="checkbox"/> _____         |

## Genuss- und Suchtmittel

Nikotin

Alkohol

Drogen

Wenn ja, Art und Menge? \_\_\_\_\_

## Ernährung

Mischkost

Vegetarisch

Vegan

Glutenfrei

Trennkost

Häufige Mikrowellengerichte

Auf welche Lebensmittel verzichten Sie? \_\_\_\_\_

Was trinken Sie täglich (Art und Menge)? \_\_\_\_\_

## Allergien und Unverträglichkeiten

Bestehen Allergien oder Unverträglichkeiten? Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Wurden Tests durchgeführt? Ergebnisse / Therapie? \_\_\_\_\_

## Weitere Beschwerden

### Haut

Rötungen

Nesselfieber/ Nesselsucht

Vermehrtes Schwitzen

Juckreiz

Haarausfall

Nachtschweiss

Schuppen

Anderes: \_\_\_\_\_

### Kreislauf

Herzklopfen/Herzrasen

Bluthochdruck

unregelmässiger Puls

Herzrhythmusstörungen

zu tiefer Blutdruck

kalte Hände/Füsse

Schwindel

Anderes: \_\_\_\_\_

### Atmung

Atemnot

fliessende, verstopfte Nase

Heuschnupfen

Asthma

Schnarchen

(wann? \_\_\_\_\_)

Husten

Nasennebenhöhlenentzündungen

Räuspern

Anderes: \_\_\_\_\_

### Mundhöhle / Zähne

Aphten

Zahnfleischprobleme

Mundgeruch

Herpes

Zungenbelag

Implantate

Zahnfüllungen (Amalgam, Gold?)

Zahnstellungskorrektur

Zähne gezogen? Welche? \_\_\_\_\_

### Verdauung

Aufstossen

vermehrter Windabgang

Durchfall

Sodbrennen

Übelkeit

Verstopfung

Bauchschmerzen/-krämpfe

unregelmässiger Stuhlgang

Blut am/im Stuhl

Blähungen

Anderes: \_\_\_\_\_

### Bewegung

Rücken- /Nackenschmerzen

Gelenksschmerzen

Rheuma

Muskelschmerzen

Diskushernie

Anderes: \_\_\_\_\_

### Gynäkologie

Zyklusstörungen

wiederkehrende Pilzinfektionen

Schmerzen / Blutungen nach dem

Schmerzhafte Menstruation

Wasseransammlungen

Geschlechtsverkehr

Starke / schwache Blutung

Ausfluss

Brustveränderungen

Misshaunigkeit um die

Schmerzen beim Eisprung

Blasenentzündungen

Menstruation

Anderes: \_\_\_\_\_

### Nerven

- Kopfschmerzen /Migräne
  - Reizbar
  - Stimmungsschwankungen
  - Ohrgeräusche / Hörstörungen
  - Antriebslosigkeit
  - Anderes: \_\_\_\_\_
  - Chronische Müdigkeit
  - Konzentrationsstörungen
- 

### Frühere Erkrankungen

- Pfeiffersches Drüsenviebel
  - Angina
  - Anderes \_\_\_\_\_
  - Nierenprobleme
  - Lungenprobleme
  - Geschlechtskrankheiten
  - Leber- /Gallenblaseprobleme
- 

### Kinderkrankheiten

- Röteln
  - Windpocken („spitze Blätter“)
  - Anderes: \_\_\_\_\_
  - Masern
  - Keuchhusten
  - Mumps
  - Dreitägesfieber
- 

### Impfungen

- Diphtherie
  - Hib (Hämophilus Influenzae Typ B)
  - Masern, Mumps, Röteln
  - HPV
  - Nebenwirkungen? \_\_\_\_\_
  - Tetanus (Starrkrampf)
  - Pneumokokken
  - Varizellen
  - Covid/Coronavirus
  - Polio
  - Hepatitis (A oder B)
  - Zecken
  - Grippe (Jahr? \_\_\_\_\_)
- 

### Familie

Gibt es relevante Erkrankungen in der Familie?

- Diabetes
  - Tuberkulose
  - Krebs
  - Anderes: \_\_\_\_\_
  - psychische Erkrankungen
- 

### Lebensstil & Alltag

Schlaf:  Einschlafprobleme     Durchschlafprobleme

Sport: Art und Häufigkeit? \_\_\_\_\_

Medienkonsum (ca. pro Tag): Handy/Tablet: \_\_\_\_\_ TV: \_\_\_\_\_ Computer: \_\_\_\_\_

### Zu guter Letzt ...

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Kommunikation unverschlüsselt über E-Mail, SMS oder WhatsApp erfolgen darf.     Einverstanden     Nicht einverstanden

Wer hat mich empfohlen? \_\_\_\_\_

Was Sie sonst noch sagen wollten: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

Vielen Dank – Sie haben es geschafft 