



## 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: o ja o nein

Rechnung: o digital o per Post

Datenschutzerklärung einverstanden: o ja o nein

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

## Aktueller Anlass

Welche Beschwerden oder Anliegen führen Sie zu mir?

---

---

---

Seit wann bestehen diese Beschwerden? \_\_\_\_\_

Gibt es Auslöser oder Situationen, in denen sie sich verstärken oder verbessern?

---

---

---

\*\*\*\*\*

## Operationen und medizinische Abklärungen

o Operationen (Welche? Wann?) \_\_\_\_\_

o Narben (Wo?) \_\_\_\_\_

o Bestrahlungen o Tätowierungen

## Medikamente

o Antibiotika o Hormone / Pille o Andere: \_\_\_\_\_

o Asthmamittel o Kortison o \_\_\_\_\_

## 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 Geschlechtsverkehr
- ☐ Schmerzhafter Menstruation
- ☐ Wasseransammlungen
- ☐ Brustveränderungen
- ☐ Starke / schwache Blutung
- ☐ Ausfluss
- ☐ Blasenentzündungen
- ☐ Misslaunigkeit um die Menstruation
- ☐ Schmerzen beim Eisprung
- ☐ Anderes: \_\_\_\_\_

### Nerven

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen / Migräne | <input type="checkbox"/> Ohrgeräusche / Hörstörungen | <input type="checkbox"/> Chronische Müdigkeit    |
| <input type="checkbox"/> Reizbar                 | <input type="checkbox"/> Antriebslosigkeit           | <input type="checkbox"/> Konzentrationsstörungen |
| <input type="checkbox"/> Stimmungsschwankungen   | <input type="checkbox"/> Anderes: _____              |  |

### Frühere Erkrankungen

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Pfeiffersches Drüsenfieber | <input type="checkbox"/> Nierenprobleme | <input type="checkbox"/> Geschlechtskrankheiten      |
| <input type="checkbox"/> Angina                     | <input type="checkbox"/> Lungenprobleme | <input type="checkbox"/> Leber- /Gallenblaseprobleme |
| <input type="checkbox"/> Anderes: _____             |   |  |

### Kinderkrankheiten

- |   |                                      |  |
|---|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Röteln                         | <input type="checkbox"/> Masern      | <input type="checkbox"/> Mumps           |
| <input type="checkbox"/> Windpocken („spitze Blattern“) | <input type="checkbox"/> Keuchhusten | <input type="checkbox"/> Dreitagesfieber |
| <input type="checkbox"/> Anderes: _____                 |                                      |  |

### Impfungen

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Diphtherie                        | <input type="checkbox"/> Tetanus (Starrkrampf) | <input type="checkbox"/> Polio                |
| <input type="checkbox"/> Hib (Hämophilus Influenzae Typ B) | <input type="checkbox"/> Pneumokokken          | <input type="checkbox"/> Hepatitis (A oder B) |
| <input type="checkbox"/> Masern, Mumps, Röteln             | <input type="checkbox"/> Varizellen            | <input type="checkbox"/> Zecken               |
| <input type="checkbox"/> HPV                               | <input type="checkbox"/> Covid/Coronavirus     | <input type="checkbox"/> Grippe (Jahr? _____) |
| <input type="checkbox"/> Nebenwirkungen? _____             |  |   |

### Familie

Gibt es relevante Erkrankungen in der Familie?

- |                                      |   |  |
|--------------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> Diabetes    | <input type="checkbox"/> Krebs          | <input type="checkbox"/> psychische Erkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Tuberkulose | <input type="checkbox"/> Anderes: _____ |  |

### 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 🌱