



Questionnaire

Chère cliente, cher client

Vous vous êtes inscrit(e) pour une évaluation et/ou une thérapie. Vous me faciliterez la tâche en répondant le plus précisément possible aux questions suivantes avant votre premier rendez-vous. Merci beaucoup pour votre aide !

Informations personnelles

Nom : _____

Prénom : _____

Profession : _____

Date de naissance : _____

Adresse : _____

Numéro de téléphone : _____

E-mail : _____

Caisse d'assurance maladie : _____

Médecin traitant : _____

Assurance alternative : oui non

Facture : numérique par courrier

Déclaration de confidentialité acceptée : oui non

La déclaration de confidentialité peut être consultée sur mon site Internet www.zumy.ch ou dans mon cabinet.

Motif actuel

Quels sont les symptômes ou les problèmes qui vous amènent à me consulter ?

Depuis quand ces symptômes persistent-ils ?

Opérations et examens médicaux

- Opérations (lesquelles ? quand ?) _____
 Cicatrices (où ?) _____
 Irradiations Tatouages

Médicaments

- Antibiotiques Hormones / pilule contraceptive Autres : _____
 Médicaments contre l'asthme Cortisone _____

Stimulants et substances addictives

- Nicotine
- Alcool
- Drogues

Si oui, type et quantité ? _____

Alimentation

- Alimentation mixte
- Végétarienne
- Végétalien
- Sans gluten
- Alimentation dissociée
- Plats fréquents au micro-ondes

À quels aliments renoncez-vous ? _____

Que buvez-vous chaque jour (type et quantité) ? _____

Allergies et intolérances

Souffrez-vous d'allergies ou d'intolérances ? Si oui, lesquelles ? _____

Des tests ont-ils été effectués ? Résultats / traitement ? _____

Autres troubles

Peau

- Rougeurs
- Urticaire
- Transpiration accrue
- Démangeaisons
- Chute de cheveux
- Sueurs nocturnes
- Pellicules
- Autre : _____

Circulation sanguine

- Tachycardie
- Hypertension
- Pouls irrégulier
- Troubles du rythme cardiaque
- Hypotension artérielle
- Mains/pieds froids
- Vertiges
- Autres : _____

Respiration

- Essoufflement
- Nez qui coule, nez bouché
- Rhume des foins
(quand ? _____)
- Asthme
- Ronflements
- Se raceler la gorge
- Toux
- Sinusites
- Autres : _____

Cavité buccale / dents

- Aphes
- Problèmes de gencives
- Mauvaise haleine
- Herpès
- Langue chargée
- Implants
- Obturations dentaires
- Correction de la position des dents
- Des dents ont-elles été extraites ? Lesquelles ? _____

Digestion

- Rots
- Augmentation des flatulences
- Diarrhée
- brûlures d'estomac
- Nausées
- Constipation
- Douleurs/crampes abdominales
- Selles irrégulières
- Présence de sang dans les selles
- Flatulences
- Autres : _____

Activité physique

- Douleurs dorsales/cervicales
- Douleurs articulaires
- Rhumatismes
- Douleurs musculaires
- Hernie discale
- Autres : _____

Gynécologie

- Troubles du cycle
- Infections fongiques récurrentes
- Douleurs / saignements après les menstruations
- Menstruations douloureuses
- Rétention d'eau
- Rapports sexuels
- Saignements abondants / faibles
- Pertes vaginales
- Modifications mammaires
- Mauvaise humeur autour de la menstruation
- Douleurs lors de l'ovulation
- Cystites
- Autres : _____

Nerfs

- Maux de tête / migraines
 - Irritabilité
 - Sautes d'humeur
 - Acouphènes / troubles auditifs
 - Manque d'énergie
 - Autres : _____
 - Fatigue chronique
 - Troubles de la concentration
-

Antécédents médicaux

- Mononucléose infectieuse
 - Angine
 - Autres _____
 - Problèmes rénaux
 - Problèmes pulmonaires
 - Maladies sexuellement
 - Problèmes hépatiques/biliaires
-

Maladies infantiles

- Rubéole
 - Varicelle
 - Autres : _____
 - Rougeole
 - Coqueluche
 - Oreillons
 - Fièvre des trois jours
-

Vaccinations

- Diphtérie
 - Hib (Haemophilus influenzae type B)
 - Rougeole, oreillons, rubéole
 - HPV
 - Effets secondaires ? _____
 - Tétanos
 - Pneumocoques
 - Varicelle
 - Covid/Coronavirus
 - Polio
 - Hépatite (A ou B)
 - Tiques
 - Grippe (année ? _____)
-

Famille

Y a-t-il des maladies pertinentes dans la famille ?

- Diabète
 - Tuberculose
 - Cancer
 - Autres : _____
 - Maladies psychiques
-

Mode de vie et quotidien

Sommeil : Problèmes d'endormissement Difficultés à rester endormi

Sport : type et fréquence ? _____

Consommation médiatique: Téléphone portable/tablette : _____ Télévision : _____ Ordinateur : _____

Enfin...

J'accepte que la communication puisse se faire sans cryptage par e-mail, SMS ou WhatsApp.

D'accord Pas d'accord

Qui m'a recommandé ? _____

Autres commentaires : _____

Date : _____ Signature : _____

Merci beaucoup, vous avez réussi 