



## 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.zummy.ch](http://www.zummy.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 ? \_\_\_\_\_

Y a-t-il des facteurs déclenchants ou des situations dans lesquelles ils s'aggravent ou s'améliorent ?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*

### 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
- ☐ Démangeaisons
- ☐ Pellicules
- ☐ Urticaire
- ☐ Chute de cheveux
- ☐ Autre : \_\_\_\_\_
- ☐ Transpiration accrue
- ☐ Sueurs nocturnes

### Circulation sanguine

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

### Respiration

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

### Cavité buccale / dents

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

### Digestion

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

### Activité physique

- ☐ Douleurs dorsales/cervicales
- ☐ Douleurs musculaires
- ☐ Autres : \_\_\_\_\_
- ☐ Douleurs articulaires
- ☐ Hernie discale
- ☐ Rhumatismes

### Gynécologie

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

### Nerfs

- |                                                   |                                                         |                                                       |
|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Maux de tête / migraines | <input type="checkbox"/> Acouphènes / troubles auditifs | <input type="checkbox"/> Fatigue chronique            |
| <input type="checkbox"/> Irritabilité             | <input type="checkbox"/> Manque d'énergie               | <input type="checkbox"/> Troubles de la concentration |
| <input type="checkbox"/> Sauts d'humeur           | <input type="checkbox"/> Autres : _____                 |                                                       |

### Antécédents médicaux

- |                                                   |                                                |                                                         |
|---------------------------------------------------|------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Mononucléose infectieuse | <input type="checkbox"/> Problèmes rénaux      | <input type="checkbox"/> Maladies sexuellement          |
| <input type="checkbox"/> Angine                   | <input type="checkbox"/> Problèmes pulmonaires | <input type="checkbox"/> Problèmes hépatiques/biliaires |
| <input type="checkbox"/> Autres : _____           |                                                |                                                         |

### Maladies infantiles

- |                                         |                                     |                                                 |
|-----------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Rubéole        | <input type="checkbox"/> Rougeole   | <input type="checkbox"/> Oreillons              |
| <input type="checkbox"/> Varicelle      | <input type="checkbox"/> Coqueluche | <input type="checkbox"/> Fièvre des trois jours |
| <input type="checkbox"/> Autres : _____ |                                     |                                                 |

### Vaccinations

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

### Famille

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

- |                                      |                                         |                                              |
|--------------------------------------|-----------------------------------------|----------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Diabète     | <input type="checkbox"/> Cancer         | <input type="checkbox"/> Maladies psychiques |
| <input type="checkbox"/> Tuberculose | <input type="checkbox"/> Autres : _____ |                                              |

### 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 🌱