

Fragebogen für PatientInnen

Name Vorname Geburtsdatum

Strasse und Hausnummer PLZ Ort

Telefon (Natel) E-Mail-Adresse Ausbildung/Beruf

Zivilstand/Beziehungsstatus Kinder (mit Jahrgang)

Wie sind Sie auf mich aufmerksam geworden? Zusatzversicherung bei

1 Beschwerden

1.1 Beschreiben Sie Ihre Beschwerden, d.h. alles was Sie verändert haben möchten.
Bitte bringen Sie bisherige Arzt- oder Laborbefunde zur Konsultation mit.

1.2 Seit wann bestehen die Beschwerden? Tag, Ereignis, ...

1.3 Wo zeigen sich die Beschwerden? Ort, Ausdehnung, Ausstrahlung, wechselnder Ort, ...

1.4 Wie **fühlen** sich die Beschwerden/Schmerzen an? „wie wenn...“, „als ob...“, Gefühle, Eindrücke

1.5 Wann zeigen sich die Beschwerden am stärksten? Tageszeit, Jahreszeit, Wochentag, Ereignis,...

Beschwerden können sich durch viele Faktoren verschlimmern oder verbessern, z.B. Wärme, Kälte, Tageszeit, Jahreszeit, Wetter, Wetterwechsel, Bewegung, Ruhe, Freude, Angst, Stress, usw.

1.6 Wodurch **verbessern** sich die Beschwerden?

1.7 Wodurch **verschlechtern** sich die Beschwerden?

1.8 Welche **Medikamente/Präparate** nehmen/nahmen Sie ein? Vom Arzt verschriebene, von Therapeuten verordnete, selbst gekaufte, pflanzliche, Nahrungsergänzungsmittel, Vitamine, ...

1.9 Welche **Therapien** nutzen/nutzten Sie? Schulmedizin, Akupunktur, Ayurveda, Bioresonanz, Craniosacral-Therapie, Osteopathie, ...

1.10 Sind diese Beschwerden erstmals aufgetreten oder kennen Sie sie von früher?

2 Eigene Krankengeschichte

2.1 Welche **Krankheiten** hatten Sie von Geburt bis heute? In welchem Alter?
Bitte geben Sie alle Krankheiten an, die vom Arzt oder mit Hausmitteln/selbstgekauften
Medikamenten behandelt wurden.

Alter	Krankheit	Vollständige Genesung?
-------	-----------	------------------------

2.2 Welche **Unfälle** hatten Sie von Geburt bis heute? In welchem Alter?
Bitte geben Sie Stürze, Schläge, Zerrungen, Brüche, Verbrennungen, Stiche, Tierbisse,
Schleudertrauma, ... an.

Alter	Unfall	Vollständige Genesung?
-------	--------	------------------------

2.3 Welche **Operationen** hatten Sie von Geburt bis heute? In welchem Alter?
Bitte geben Sie auch kleine Operationen wie Warzen-, Muttermal-, Polypentfernungen,
Wurzelbehandlungen an.

Alter	Operation	Vollständige Genesung?
-------	-----------	------------------------

2.4 Welche **Impfungen** bekamen Sie von Geburt bis heute? In welchem Alter? Bitte legen Sie eine
Kopie Ihres Impfausweises bei oder listen Sie die Impfungen, so gut Sie sich erinnern, hier auf, zusam-
men mit eventuellen, auffälligen Reaktionen nach der Impfung (Fieber, Krämpfe, Benommenheit...).

Alter	Impfung	Reaktion nach Impfung?
-------	---------	------------------------

3 Familiengeschichte

Welche Krankheiten kommen/kamen in Ihrer Familie vor? Woran und in welchem Alter sind Ihre Verwandten gestorben?

Bitte geben sie vor allem die folgenden Erkrankungen an:

Asthma, Allergien, Heuschnupfen, Angina, Hautkrankheiten, Geschlechtskrankheiten, Herzkrankheiten, Nierenerkrankungen, Blasenkrankheiten, Muskelerkrankungen, Rheuma, Arthrose, Gicht, Krampfadern, Ödeme, Kropf, Tumore, Zysten, Myome, Krebs, Lungenkrankheiten, Leukämie, Tuberkulose, Nierensteine, Gallensteine, Würmer, Nagelpilz, Diabetes, Epilepsie, Depressionen, Ängste, Alkohol, Suchtprobleme, Geburtsgebrechen, Missbildungen, Tropenkrankheiten

Todesursache/Alter

Mutter

Grossmutter mütterlicherseits

Eltern der Grossmutter mütterlicherseits

Grossvater mütterlicherseits

Eltern des Grossvaters mütterlicherseits

Vater

Grossmutter väterlicherseits

Eltern der Grossmutter väterlicherseits

Grossvater väterlicherseits

Eltern des Grossvaters väterlicherseits

Eigene Geschwister

4 Weitere Beobachtungen und Informationen

Ort/Datum