

Gesundheitsfragebogen

Datum:

Dieser Fragebogen hilft mir dabei, einen Gesamteindruck zu bekommen und erspart uns in der ersten Sitzung viel Zeit. Deshalb bitte ich Sie, die Fragen mit der entsprechenden Sorgfalt zu beantworten.

Falls Sie bestimmte Fragen nicht beantworten können oder wollen, so lassen Sie die Felder einfach frei.

Bitte unterschreiben Sie die «Informationen zur Behandlung» auf der letzten Seite.

Der Inhalt des Fragebogens unterliegt der therapeutischen Schweigepflicht!

Name:	Vorname:
Strasse:	PLZ, Ort:
Telefon:	E-Mail:
Geburtstag:	Zivilstand:
Beruf:	<input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit% <input type="checkbox"/> Schichtarbeit
Versicherung:	Blutgruppe:
Hausarzt:	

1. **Aktuelle Beschwerden:** Welches sind Ihre aktuellen Beschwerden/Diagnosen? Seit wann haben Sie diese? Wann sind die Beschwerden schlechter, wann besser? Was haben Sie bereits unternommen?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

2. **Krankheitsgeschichte:** Gab/gibt es chronische oder schwere Krankheiten, ärztliche Diagnosen, Operationen, Unfälle oder andere wichtige, prägende Ereignisse? Bitte chronologisch auflisten.

Jahr	

Wann war Ihre letzte Antibiotika-Behandlung:

3. **Aktuelle Medikamente:** Was nehmen Sie aktuell für Medikamente, Vitamine, Nahrungsergänzungen?

.....

.....

.....

4. Allergien und Unverträglichkeiten: Haben Sie Allergien und (Nahrungsmittel-) Unverträglichkeiten?

5. Schmerzen: Haben Sie chronische oder wiederkehrende Schmerzen? Kopfschmerzen/Migräne? Bewegungsapparat? Beschreiben Sie den Schmerz. Gibt es Begleiterscheinungen, wie Übelkeit, Schwindel? Auslöser? Linderung?

6. Organsysteme: Mit welchen Organsystemen haben oder hatten Sie Probleme? Bitte ankreuzen und beschreiben.

- | | | | |
|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Magen-Darmtrakt | <input type="checkbox"/> Leber/Galle | <input type="checkbox"/> Herz/Kreislauf | <input type="checkbox"/> Lunge/Bronchien |
| <input type="checkbox"/> Nieren/Blase | <input type="checkbox"/> Bewegungsapparat | <input type="checkbox"/> Sinnesorgane | <input type="checkbox"/> Nervensystem |
| <input type="checkbox"/> Immunsystem | <input type="checkbox"/> Hormone/Schilddrüse | <input type="checkbox"/> Haut | <input type="checkbox"/> Geschlechtsorgane |

7. Infektionskrankheiten: Welche Infektionskrankheiten haben Sie (auch als Kind) durchgemacht?

- | | | | | |
|--------------------------------------|-------------------------------------|---|------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Masern | <input type="checkbox"/> Mumps | <input type="checkbox"/> Röteln | <input type="checkbox"/> Scharlach | <input type="checkbox"/> Windpocken |
| <input type="checkbox"/> Keuchhusten | <input type="checkbox"/> Borreliose | <input type="checkbox"/> Pfeiffersches Drüsenfieber | <input type="checkbox"/> Covid-19 | |

andere:

8. Impfungen: Welche Impfungen haben Sie erhalten und wann? Gab es Reaktionen?

9. Zähne und Mund: Gab es Zahnbehandlungen oder kieferorthopädische Behandlungen? Zahnfleischbluten? Parodontose? Karies? Haben oder hatten Sie eine Zahnspange? Aphten? Lippenherpes?

- | | | | |
|---|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Amalgamfüllungen | <input type="checkbox"/> Amalgam entfernt | <input type="checkbox"/> Kunststoff/Porzellan | <input type="checkbox"/> andere Füllungen |
| <input type="checkbox"/> Wurzelbehandlungen | <input type="checkbox"/> Stiftzähne/Krone | <input type="checkbox"/> Implantate/Brücke | <input type="checkbox"/> Weisheitszähne entfernt |

10. Augen und Ohren: Brauchen Sie eine Sehhilfe (Brille, Linsen)? Wenn ja, mit welchen Korrekturen? Haben Sie eine Hörminderung, ein Hörgerät? Leiden Sie unter einem Tinnitus? Weiteres?

11. Haut, Haare, Nägel: Haben Sie grössere Narben? Leiden Sie an Ekzemen, Ausschlägen oder Hautpilzen? Haben Sie Juckreize? Haarausfall oder übermässiger Haarwuchs? Brüchige Nägel, verändertes Nagelbild oder Nagelpilz?

12. Familienanamnese: Welche Erkrankungen gab/gibt es in Ihrer Familie? (Eltern, Grosseltern, Geschwister, etc.)

13. Familiäre Situation: Beschreiben Sie kurz Ihre aktuelle familiäre oder partnerschaftliche Situation. Gab es grössere familiäre Veränderungen, Trennungen, Todesfälle oder andere wichtige Ereignisse?

14. Berufliche Situation: Beschreiben Sie kurz Ihre berufliche Situation. Mögen Sie Ihre Arbeit? Arbeitskolleg*Innen und Umfeld? Werden Sie gewürdigt/geschätzt? Sind Sie über- oder unterfordert?

15. Soziales Umfeld: Pflegen Sie regelmässig Freundschaften? Gibt es Vertrauenspersonen, denen Sie «alles» erzählen können?

16. Emotionale/Psychische Situation: Wie geht es Ihnen aktuell? Was beschäftigt Sie? Gibt es Ängste, Sorgen oder Stress? Wie gut können Sie damit umgehen?

17. Energielevel: Bewerten Sie Ihr aktuelles Energielevel

Keine Energie

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Voller Energie

18. Lifegoals: Welche Ziele möchten Sie in Ihrem Leben (noch) erreichen? Wofür lohnt es sich zu leben?

19. Schlaf: Wie ist Ihr Schlaf? Gibt es Ein- oder Durchschlafstörungen. Fühlen Sie sich am Morgen erholt? Erwachen Sie oft zu bestimmten Uhrzeiten? Nachtschweiss? Alpträume?

20. Sport und Freizeit:

21. Rauchen, Alkohol, Drogen: Rauchen Sie (oder haben Sie geraucht), trinken Sie Alkohol oder konsumieren andere Drogen? Wenn ja, wie oft und wie viel?

22. Frauenheilkunde: Gibt es Beschwerden aus dem gynäkologischen Bereich? Prämenstruelle Beschwerden? Wechseljahrsbeschwerden? Zysten, Myome? Leben Sie Ihre Sexualität? Libido? Schwierigkeiten?

Zyklus: Anzahl Tage:

- regelmässig
- unregelmässig
- Krämpfe/Schmerzen
- Emotionale Schwankungen
- Menopause seit:

Blutung:

- normal
- stark
- schwach
- hell
- dunkel
- rot
- braun
- klumpig
-

Verhütung:

- hormonell: Pille
- Spirale
- andere:

Anzahl Schwangerschaften: Anzahl Geburten: spontan Kaiserschnitt

23. Männerheilkunde: Gibt es Beschwerden aus dem andrologischen Bereich? Prostatavergrösserung, -entzündung? Leben Sie Ihre Sexualität? Erektionsstörungen? Libido? Schwierigkeiten?

24. Grösse und Gewicht:

Körpergrösse: cm

Gewicht: kg konstant Abnahme kg Zunahme kg in Monaten

25. Trinken: Wieviel und was trinken Sie pro Tag?

26. Ernährung: Achten Sie auf bestimmte Dinge in der Ernährung? Vegetarisch, vegan, lactose- oder glutenfrei, bio oder sonstiges? Essen Sie Zwischenmahlzeiten und Snacks? Fasten Sie?

Hauptmahlzeit: Frühstück Mittagessen Abendessen

Essenszeiten: regelm. unregelm.

Heisshunger/Lust auf: süss sauer bitter salzig scharf

Sind Sie bereit, ihre Ernährungsgewohnheiten zu verändern/verbessern? ja nein

Bitte kreuzen Sie an, wie oft Sie folgende Lebensmittel konsumieren:

	wöchentlich			täglich			wöchentlich			täglich	
	nie	1x	mehrmals	1x	mehrmals		nie	1x	mehrmals	1x	mehrmals
Milch						Brot, Gipfeli, etc.					
Joghurt						Teigwaren					
Käse						Reis					
Fleisch allg.						Hülsenfrüchte					
Schweinefleisch						Kartoffeln					
Wurstwaren						Fertigprodukte					
Fisch						Nüsse/Samen					
Eier						Süssigkeiten allg.					
Gemüse allg.						Schokolade					
Gemüse roh						Süssgetränke					
Salat						Kaffee					
Früchte						Tee (schwarz/grün)					

27. Verdauung und Stuhlgang: Beschreiben Sie kurz Ihre Verdauung. Gibt es Beschwerden? Aufstossen? Blähungen? Krämpfe? Hämorrhoiden? Divertikel?

Stuhlgang:

- x täglich
- 1 x täglich
- jeden 2. Tag
- jeden 3. Tag
- weniger
- unregelmässig

Konsistenz:

- flüssig
- weich, breiig
- klebrig
- wurstförmig
- einzelne harte Klümpchen
- anderes:

Farbe:

- Schwarz
- Schokobraun
- Hellbraun
- Gelb
- Rot/blutig
- anderes:

Neigung zu:

- Durchfall
- Verstopfung
- Blähungen
- geruchlose Winde
- übelriechende Winde

28. Urinieren: Gibt es Auffälligkeiten oder Beschwerden beim Wasser lassen? Häufig Blasenentzündung?

29. Behandlungsziele:

30. Weiteres: Gibt es etwas Relevantes, das Sie noch mitteilen möchten?

Vielen Dank, dass Sie sich die Zeit für diesen ausführlichen Fragebogen genommen haben!

Bitte bringen Sie zum ersten Termin neben diesem Fragebogen auch **relevante medizinische Untersuchungsbefunde** (Labor, MRI, Berichte, etc.) sowie **alle Medikamente und Nahrungsergänzungen**, die Sie regelmässig einnehmen mit.

Informationen zur Behandlung

- Anhand der von Ihnen genannten Beschwerden und Behandlungsziele wird gemeinsam ein Behandlungsplan festgelegt. Sie werden über die Möglichkeiten, Grenzen und Risiken der Behandlungen aufgeklärt.
- Mein Wissen und meine Erfahrungen setze ich bestmöglich ein, dennoch gibt es im Gesundheitsbereich keine Erfolgsgarantie.
- Es werden keine Diagnosen im schulmedizinischen Sinne gestellt. Für medizinische Diagnosen wenden Sie sich bitte an Ihren/Ihre Arzt*in.
- Ich arbeite ergänzend zur Ärzteschaft und rate Ihnen, schulmedizinische Therapien nur in Absprache mit Ihrem/Ihrer Arzt*in zu verändern oder abubrechen. Für notwendige schulmedizinische Abklärungen oder bei Notfällen verweise ich Sie an Ihre Arztpraxis oder in eine Notfallklinik.
- Die Kosten für Termine, Behandlungen oder telefonische Beratung betragen aktuell SFr. 132.- pro Stunde. Bei gewissen Behandlungen (z. Bsp. Blutegel-Therapie) können zusätzliche Kosten anfallen. Es liegt in Ihrer Verantwortung, vorgängig abzuklären, ob und wieviel Ihre Zusatzversicherung an Kosten übernimmt.
- Sie verpflichten sich, die vereinbarten Termine einzuhalten. Bei Verhinderung sagen Sie Termine mindestens 24 Stunden vorher ab, da sie sonst verrechnet werden können.
- Ihre Informationen und Personendaten werden gemäss der aktuellen Datenschutzerklärung behandelt, sind vertraulich und unterstehen der Schweigepflicht. Die aktuelle Datenschutzerklärung ist auf panakeja.ch zu finden oder kann in der Praxis eingesehen werden. Sie haben jederzeit das Recht, Ihre Unterlagen einzusehen oder eine Kopie einzufordern.
- Der Therapeut wird ermächtigt, bei Nachfragen der Krankenkasse, Auskünfte über stattgefundene Termine, Grund der Behandlung und bisherige Therapiemassnahmen zu erteilen.
- Sie sind einverstanden, dass eine schriftliche Korrespondenz und die Übermittlung der Rückforderungsbelege für die Krankenkasse per unverschlüsselter E-Mail erfolgt.

Ich habe die obigen «Informationen zur Behandlung» gelesen, verstanden und akzeptiert und bestätige die Richtigkeit meiner Angaben.

Ort: _____ Datum: _____

Vorname/Name: _____

Unterschrift: _____