

Natascha Nigg, kant. approb. Heilpraktikerin
Rickstr. 16
9037 Speicherschwendi
T&F: 071/340 03 02
info@vitaprax.ch

Fragebogen für Klienten bezüglich einer heilpraktischen Abklärung oder Behandlung

Sie haben sich für eine Behandlung angemeldet. Sie erleichtern mir die Arbeit, wenn Sie vor Ihrem ersten Termin die folgenden Fragen möglichst genau beantworten. **Nehmen Sie dazu bitte einen Kugelschreiber.** Herzlichen Dank für Ihre Mithilfe!

Name:	Vorname:	Geb. Datum:	Zeit:
Adresse:			
Beruf:	Tel. Privat:	Tel. Gesch.:	

Wer hat mich empfohlen?

.....

Welche Beschwerden möchten Sie bei mir behandeln lassen?

.....

Wann treten diese Beschwerden auf, wodurch werden sie ausgelöst?

.....

.....

.....

Bei den folgenden Fragen können Sie die jeweils passende Antwort unterstreichen. Wo nötig, machen Sie bitte ergänzende Angaben!

Durchgemachte Erkrankungen und Operationen, Bestrahlungen, Computertomographien etc. (Erkrankungen: Pfeiffersches Drüsenfieber, Angina, Warzen, Tätowierungen, Gallenblasen-/Leberprobleme, Nierenprobleme, Lungenprobleme. Ferner Narben, Pilzinfekte, Prostataentzündungen, Geschlechtskrankheiten).

.....

.....

.....

Durchgemachte Kinderkrankheiten:

Masern, Mumps, Röteln, Scharlach, Windpocken, falscher/echter Croup, Wilde Blatern, Keuchhusten, Ringelröteln, Kinderlähmung, 3 Tagesfieber. Anderes:

.....

Durchgeführte Impfungen (allenfalls Kopie des Impfausweises beilegen):

Diphtherie, Tetanus (Starrkrampf), Kinderlähmung, Hirnhautentzündung, Keuchhusten, Gelbfieber, Gelbsucht (Hepatitis A, Hepatitis B), Zeckenimpfung, Tuberkulose, Grippeimpfung (Jahr? _____), Typhus. Nebenwirkungen?

.....

Früher eingenommene oder jetzt einzunehmende Medikamente (Name und Dosierung) (speziell: Antibiotika, Asthmamittel, Cortison, Hormonpräparate inkl "Pille", Krebsmittel).

.....

.....

.....

Nikotin, Alkohol (was, in welchen Mengen?).

.....

Allergien, Unverträglichkeiten (auch Nahrungsmittel).

.....

.....

Sind Allergietests durchgeführt worden? Welches waren die Ergebnisse? Welche Therapie?

.....

.....

Sind in Ihrer Verwandtschaft Fälle bekannt von:

Diabetes, Tuberkulose, Krebserkrankungen, Geschlechtskrankheiten, Geisteskrankheiten? Andere gehäuft aufgetretene Erkrankungen?

.....

Leiden oder littten Sie an folgenden Symptomen (zutreffendes bitte unterstreichen)?

Haut: Hautschuppungen, Rötungen, Juckreiz, Nesselsucht, Pigmentstörungen, Haarausfall, Milchschorf, Haarschuppen, Nachtschweiss, vermehrtes Schwitzen.

Anderes:

Kreislauf: Herzbeschwerden (Herzklopfen, Herzrasen anfallsweise, Herzklemmen), unregelmässiger Puls, Herzrhythmusstörungen, Dreh-/Schwank-Schwindel, Bluthochdruck, tiefer Blutdruck, kalte Hände/Füsse.

Anderes:

Atmung: Atemnot, Asthma (jahreszeitlich, wann: _____), Pfeifen, Giemen, Reiz-Husten (ohne/mit Auswurf. Farbe: _____), Räuspern, Nasenbluten, Schnarchen, Heuschnupfen (wann? _____), trockene/verstopfte/fliessende Nase, Nasennebenhöhlenentzündungen, Lungenentzündungen.

Anderes:

Mundhöhle: Aphten, Mundgeruch, Zungenbeläge, Fieberbläschen, entzündetes Zahnfleisch, Zahnfleischblutungen, verfärbtes Zahnfleisch, Zungenbrennen, Mundtrockenheit, Lippenbeläge (morgens).

Anderes:

Zähne: Zahnstellungskorrekturen, Karies, Zahnfüllungen (Amalgam, Gold, Porzellan, Kunststoff, andere: _____). Sind Zähne gezogen worden? Welche:

	rechts	links
oben	87654321	12345678
unten	87654321	12345678

Verdauung: Schluckbeschwerden, Aufstossen, Magenbrennen, Blähungen, Übelkeit, Krämpfe/Schmerzen (dauernd/anfallsweise, krampfartig, wann? _____, wo? _____)
Windabgang (stinkend/nicht stinkend). Stuhlgang: regelmässig / unregelmässig. Wie oft? pro Woche/Tag? _____ Durchfälle, Verstopfung. Blut am/im Stuhl. Farbe des Stuhles? _____ Konsistenz? _____

Anderes:

Nerven: Kopfschmerzen (wann, wie häufig, Lokalisation: _____) Geschmacksstörungen, Geruchsstörungen, Hörstörungen, Ohrgeräusche, Schwerhörigkeit, Sensibilitätsstörungen, Reizbarkeit, Stimmungsschwankungen, Antriebslosigkeit, rasche Ermüdbarkeit. Konzentrationsstörungen.

Anderes:

Bewegung: Nackenverspannungen, Rückenschmerzen; wo: _____ Gelenkschmerzen; welche Gelenke: _____ Knochen/Muskelschmerzen, Muskelschwäche, Rheuma.

Anderes:

Gynäkologie: unregelmässige/schmerzhaft/starke/schwache Menstruation. Schmerzen beim Eisprung, Misslaunigkeit um die Menstruation, Wasseransammlung, Schmerzen beim Geschlechtsverkehr, vermehrter Ausfluss (stinkend, weiss, klar), Blutungen nach dem Geschlechtsverkehr (ausserhalb der Menstruation), wiederkehrende Pilzinfektionen, durchgemachte Unterbauchentzündungen, Blasenentzündungen, Brustveränderungen.

Anderes:

Hautpflege: benutzte Hautpflegeprodukte: _____

Ernährung: vegetarisch, gemischt, Vollwert, Trennkost? Andere: _____
Auf welche Nahrungsmittel verzichten Sie? _____
Weshalb? _____
Mikrowelle, Fertiggerichte, Fast Food. Wie häufig? _____
Was und wieviel trinken Sie pro Tag? (Angabe in Litern):

Diverses: Infektanfälligkeit: _____
Haustiere? Welche? _____
Reaktionen auf Haustierkontakt? _____
Schmuckunverträglichkeit? Was? _____
Wie ist Ihr Schlaf? gut/schlecht. Warum schlecht? _____
Schlafen Sie überall gut? Wenn nein, wo nicht? _____
Sport? ja/nein. Wenn ja welchen und wie häufig? _____
Handy? ja/nein. Wie lange tel. pro Tag? _____
TV-Konsum? ja/nein. Wie lange pro Tag? _____
Bildschirmarbeit? ja/nein. Wie lange pro Tag? _____

Weitere Bemerkungen von Ihnen:

.....
.....

So, nun haben Sie es geschafft. Herzlichen Dank für Ihre Mühe!

Ort, Datum: _____

Bitte beachten Sie, dass jegliche naturheilkundliche Massnahmen keine schulmedizinische Untersuchung oder schulmedizinisch nötige Behandlungen ersetzen.

Entbindung vom Berufsgeheimnis:

Ich **entbinde** hiermit den behandelnden/rechnungsstellenden Heilpraktiker gegenüber allenfalls involvierten Krankenkassen, Versicherungen, Inkassobehörden, Rechtsanwälten, Betreibungsämtern und Gerichten, auch für die Geltendmachung des Behandlungshonorars, **vom jeweiligen Berufsgeheimnis.**

Unterschrift:
