Wie fülle ich das Formular aus?

Klick auf das Feld: Name, füll das Feld aus und klicke auf Tabulator (), so springt es automatisch zum nächsten Feld. Auf den Feldern auswählen bitte eine passende Möglichkeit auswählen, falls du mehrere anklicken müsstest, wähle bitte das Wichtigste und schreib im Feld nebenan weitere Infos.

Wenn du fertig bist mit dem Fragebogen, sicherst du das Dokument und mailst es mir zurück (am besten als pdf abspeichern und als pdf mir mailen). Besten Dank!

Name, Vorname, (Rufname) Datum: heutiges

Geburtstag: Datum, Zeit, Ort

Zivilstand:  Lebenssituation:  -

Adresse: Strasse / Hausnummer, PLZ, Ort

Telefon: Mobiltelefon

Email privat: E-Mailadresse (privat), Email geschäft: E-Mailadresse (geschäft)

Job: Beruf / Arbeitgeber / Arbeitspensum

Ärzte: Arzt

**Krankenkasse** Ich habe KEINE Zusatzversicherung:

Zusatzversicherung alternative Medizin: Zusatzversicherung Krankenkassen-Karten-Nr. der Zusatzvers.

Grundversicherung: Grundversicherung Krankenkassen-Karten-Nr. der Grundversicherung

Hast du Angst vor Nadeln / Akupunktur?  -

Hattest du schon einmal Akupunktur?  Nein  Ja, weswegen, wo und wann?

**Warum hast du dich zur Akupunktur angemeldet?**

Seit wann hast du die diese Beschwerden? Was hast du bis jetzt abgeklärt (Diagnose) und wie wurdest du behandelt (Medikamente, Therapie, OP, natürliche Präparate)? Was macht es schlimmer und was besser?

**MEDIZINISCHE VERGANGENHEIT**

Hattest / hast du schwerwiegende Krankheiten?

**Operationen** (auch Schönheits-OP), welche & wann:

**Unfälle** / Trauma (auch psychische Traumata), welche & wann:

**Medikamente**:

**Allergien**:

**Amalgam**füllungen, immer noch im Mund / wann entfernt:

**Impfungen**:       ; Corona-Impfungen:

**Hobbies**:

**Sport** / Bewegung:  /

**Genussmittel / Drogen:**  -      ; wann und wie häufig:

**Familiäre Medizinische Vergangenheit:**

Vater:

Mutter:

Grosseltern:

Geschwister:

Bemerkung:

Ich kenne meine biologische Familie nicht:

**SCHMERZEN**

Wo?       -

Qualität:  -

Druck:  -

Zeit:  -

Saisonal:  -

Diagnose:

Therapien:  -

Bemerkungen:

**SCHLAF**

**SCHLAF**:  -

Einschlafen:

Durchschlafen (WC?):

Träume:

Aufstehen am Morgen:

**ENERGIE**

**ENERGIE**:  -

Energielevel: -

**PSYCHE & GEDANKEN**

**GEDANKEN:**  -

**PSYCHE:**  -

**Sozial**leben:  -

**Beruf**sleben:  -

**TEMPERATUREMPFINDEN**

Temperaturempfinden:  -

**SCHWITZEN**

Wie?  -

Wo?  -

**APPETIT & DURST**

**GEWICHT**

Grösse:      ; Gewicht:      ; Ideal-Wunschgewicht:

Zufrieden mit Gewicht?  -

**APPETIT**

Wie ist dein Appetit / Hunger / Gelüste?  -

Essgewohnheiten:  -

Isst du regelmässig?      . Ausgewogen?      . Unterwegs (nicht am Tisch)?

**Z’morgä:**  -

Z’nüni:  -

**Z’mittag:**  -

Z’vieri:  -

**Z’nacht:**  -

Am Abig:  -

**DURST**

**Durstgefühl** / Trinkgewohnheiten?  -

Wie viel **Wasser** pro Tag? Stilles:       Blötterli:

Wie viel gesüsste Getränke (Cola, Redbull…):

Tee?

Kaffee?

Fruchtsäfte?

Getränke-Temperatur:  -

**MUND**

Geschmack im Mund?  -

Trockener Mund?  -

Mundgeruch:

Anderes:

**ZÄHNE**:  -

**ZAHNFLEISCH**:  -

**VERDAUUNG**

**MAGEN-DARM**

Blähungen:

Darmwind (Furz):

Bauchschmerzen:

Krämpfe:

Übelkeit:

**STUHLGANG**

Wie ist dein **Stuhlgang**?  -

Häufigkeit:

Konsistenz:  -  -

Hat es unverdautes Essen, Schleim oder Blut im Stuhl?

Hämorrhoiden:  -

**URIN**

**BLASE-NIERE**

Wie häufig **urinierst:** Tagsüber:  -       nachts:

Urinmenge:  -

Urinfarbe:  -

Probleme beim Wasserlösen?  -

Ödeme (Wasserstau):

**KOPF**

**OHREN:**  -

**TINNITUS:**  -

**AUGEN**:  -

**NASE**:  -

**HALS**:  -

**KIEFER**:  -

**SCHWINDEL:**  -

**KONZENTRATION:**  -

**GEDÄCHTNIS:**  -

**HERZ und LUNGE**

**HERZ**

Herzbeschwerden:  -

Blutdruck:

Medikament:

Blutgefässe:  -

**LUNGE**

Lungenbeschwerden:  -

Schleim-Qualität:  -

Schleimfarbe:  -

Immunsystem:  -

**HAUT:**  -

**HAARE:**  -

**GYNÄKOLOGIE**

Diagnosen:  -

MENARCHE (erste Mens): Alter

KLIMAKTERIUM-Wechseljahr:  - Alter

GEBÄRMUTTER:  -

EIERSTÖCKE:  -

**HORMONE** zurzeit:  -

Hormone in der Vergangenheit:

**ZYKLUS** (Zykluslänge: erster Tag der Mens bis letzten Tag vor Mens):

Zykluslänge:

Zyklus:  -

Zwischenblutungen:

**MENSTRUATION** (Blutung):

Letzte Mens:

Dauer der Blutung:

Stärke:  -

Farbe:  -

Geruch:  -

Schmerzen:  -       / Wo und Wann?

**AUSFLUSS**:  -

**BRUST**:  -

Sexuelles Bedürfnis:  -

**SCHWANGERSCHAFTEN**

Kinderwunsch:  -

Fehlgeburten:  -       / Abtreibungen:  -

Schwanger:  -       / stillen:  -

War es schwierig schwanger zu werden (brauchtest du Unterstützung)?

Bemerkungen zu Schwangerschaften:      

1. Schwangerschaft:  - Name des Kindes Geburtstag:       -

2. Schwangerschaft: - Name des Kindes Geburtstag:       -

3. Schwangerschaft: - Name des Kindes Geburtstag:       -

4. Schwangerschaft: - Name des Kindes Geburtstag:       -

5. Schwangerschaft: - Name des Kindes Geburtstag:       -

6. Schwangerschaft: - Name des Kindes Geburtstag:       -

7. Schwangerschaft: - Name des Kindes Geburtstag:       -

8. Schwangerschaft: - Name des Kindes Geburtstag:       -

**Anderes welches dir wichtig erscheint:**

**Wie wurdest du aufmerksam auf mich?**  -

Besten Dank für dein Vertrauen! ☺