Wie fülle ich das Formular aus?

Klicken Sie auf das Feld: Name, füllen das Feld aus und klicken auf Tabulator (), so springt er automatisch zum nächsten Feld. Auf den Feldern auswählen bitte eine Möglichkeit auswählen, falls Sie mehrere anklicken müssten, wählen Sie bitte das Wichtigste und schreiben im Feld nebenan weitere Infos.

Wenn Sie fertig sind mit dem Fragebogen, sichern Sie das Dokument und mailen es mir zurück (am besten machen Sie ein pdf). Besten Dank!

Name, Vorname, (Rufname) Datum: heutiges

Geburtstag: Datum, Zeit, Ort

Zivilstand:  Lebenssituation:  -

Adresse: Strasse / Hausnummer, PLZ, Ort

Telefon: Mobiltelefon / Festnetz-Privat / Geschäfts-Telefon

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

Job: Beruf / Arbeitgeber / Arbeitspensum

Ärzte: Arzt

**Krankenkasse** Ich habe KEINE Zusatzversicherung:**[ ]**

Zusatzversicherung „alternative Medizin“ Krankenkassen-Karten-Nummer der Zusatzversicherung

Grundversicherung Krankenkassen-Karten-Nummer der Grundversicherung

Haben Sie Angst vor Nadeln / Akupunktur?  -

Hatten Sie schon einmal Akupunktur? [ ]  Nein [ ]  Ja, weswegen, wo und wann?

**Ich werde Ihr Feedback immer mit einbeziehen und mein Bestes geben, um Ihre Behandlung so einfach und kostengünstig wie möglich zu gestalten.**

Bitte lassen Sie mich wissen was Ihre Präferenzen sind bezüglich der Behandlung:

[ ]  Bitte lassen sie mich wissen was nach ihrer Erfahrung die beste Behandlung ist.

[ ]  Ich möchte Akupunktur.

[ ]  Ich möchte Schröpfen.

[ ]  Ich möchte Kräutertherapie.

[ ]  Ich möchte Moxibustion (Wärmebehandlung).

[ ]  Ich bin interessiert an Lebensstil-Empfehlungen [ ]  wie Ernährung [ ]  wie Meditation [ ]  anderes:

**Warum kommen Sie zur Akupunktur (Hauptproblem-e)** - seit wann haben Sie die Beschwerden? Was hatten Sie bis jetzt abgeklärt (Diagnose) und wie wurden Sie behandelt (Medikamente, Therapie, OP, natürliche Präparate)? Was macht es schlimmer und was besser?

**1. Medizinische Vergangenheit:**

Hatten / haben Sie schwerwiegende Krankheiten?  -

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

**Unfälle** / Trauma, wann:

**Allergien**:

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

**Medikamente**:

**Impfungen**:

**Familiäre Medizinische Vergangenheit:**

Vater:

Mutter:

Grosseltern:

Geschwister:

**2. Fieber und Kälteaversion / Schüttelfrost:**

Wie ist Ihr **Temperaturempfinden**?  -

**3. Schwitzen**

Wie schwitzen Sie?  -

Wo schwitzen Sie?  -

**4. Appetit, Durst und Geschmack**

**Gewicht**

Grösse:      ; Gewicht:      ; Ideal-Wunschgewicht:

Zufrieden mit Gewicht?  -

**Appetit**

Wie ist Ihr **Appetit** / Hunger / Gelüste?  -

Essgewohnheiten:  -

**Z’morgä:**  -

Z’nüni:  -

**Z’mittag:**  -

Z’vieri:  -

**Z’nacht:**  -

Am Abig:  -

**Durst**

Wie ist Ihr **Durstgefühl** / Trinkgewohnheiten?  -

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

Wie viel gesüsste Getränke (Cola, Redbull…):

Wie viel **Tee**?       / Wie viel **Kaffee**?

**Fruchtsäfte**?

**Temperatur** der Getränke:  -

**Geschmack**

Wie ist Ihr Geschmack im Mund?  -

Trockener Mund?  -

Mundgeruch:

Was ist sonst noch wichtig?

**5. Stuhl (Verdauung) und Urin / Bauch**

**Magen-Darm**

Blähungen:

Darmwind:

Bauchschmerzen:

Krämpfe:

Übelkeit:

**Darm**

Wie ist Ihr **Stuhlgang**?  -

Wie häufig haben Sie Stuhlgang?

Wie ist die Konsistenz?  -  -

Hat es unverdautes Essen, Schleim oder Blut im Stuhl?

Hämorrhoiden:  -

**Blase-Niere**

Wie häufig **urinieren** Sie?  -

Urinmenge:  -

Urinfarbe:  -

Haben Sie Probleme beim Wasserlösen?  -

Ödeme (Wasserstau):

**6. Brust**

**Herz**

Herzbeschwerden:  -

Blutdruck:       Medikament:

Blutgefässe:  -

**Lunge**

Lungenbeschwerden:  -

Schleim:  -       / Schleimfarbe:  -

Immunsystem:  -

**Haut**

Haut:  -

Hautprobleme:  -

**Haare**

Haare:  -

**7. Kopf / Psyche**

**Kopf**

**Konzentration?**  -       / **Gedächtnis?**  -

**Gedanken?**  -

**Schwindel?**  -

**Ohren:**  -

**Auge**n:  -

**Nase**:  -

**Zähne**:  -       / **Zahnfleisch**:  -

**Kiefer**:  -

**Hals**:  -

**Psyche**

**Psyche**:  -

**Sozial**leben:  -

**Beruf**sleben:  -

**Hobbies**:       / **Sport** / Bewegung:  /

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

**8. Schlaf / Energie**

Schlaf:  -

Einschlafen:       / Durchschlafen:       / Träume:

Energie:  -

Mein Energielevel (von 1 – 10 🡪 10 könnte nicht besser sein):  -

**9. Schmerzen**

Haben Sie Schmerzen?       / Wo?       -

Qualität:  -       / Druck:  -

Zeit?  -       / Saisonal?  -

Wurde eine Diagnose gestellt?

Welche Therapien (OPs) hatten Sie?  -

Weitere Bemerkungen:

**10. Gynäkologie**

Menarche (erste Mens): Alter / Wechseljahr:  - Alter

**Zyklus** (erster Tag der Mens bis letzter Tag vor Mens):

Dauer des Zyklus:       / Zyklus:  -       / Zwischenblutungen:

**Menstruation**:

Letzte Mens:

Dauer der Blutung:

Stärke:  -

Farbe:  -

Geruch:  -

Schmerzen:  -       / Wo und Wann?

Gebärmutter:  -       / Eierstöcke:  -

Diagnose:  -

**Hormone** zurzeit:  -

Hormone in der Vergangenheit:

**Ausfluss**:  -

**Brust**:  -

Sexuelles Bedürfnis:  -

**Schwangerschaften**

Kinderwunsch:  -       / Fehlgeburten:  -       / Abtreibungen:  -

Schwanger:  -       / stillen:  -

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 Ihnen wichtig erscheint:**

**Wie wurden Sie aufmerksam auf mich?**  -

Besten Dank für Ihr Vertrauen! ☺