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 passende 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 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

Haben Sie Angst vor Nadeln / Akupunktur?  -

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

**Warum haben Sie sich zur Akupunktur angemeldet?**

Seit wann haben Sie die Beschwerden? Was haben Sie bis jetzt abgeklärt (Diagnose) und wie wurden Sie behandelt (Medikamente, Therapie, OP, natürliche Präparate)? Was macht es schlimmer und was besser?

**MEDIZINISCHE VERGANGENHEIT**

Hatten / haben Sie schwerwiegende Krankheiten?

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

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

**Medikamente**:

**Allergien**:

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

**Impfungen**:       ; Corona-Impfungen:

**Familiäre Medizinische Vergangenheit:**

Vater:

Mutter:

Grosseltern:

Geschwister:

Bemerkung:

**TEMPERATUREMPFINDEN**

Wie ist Ihr Temperaturempfinden?  -

**SCHWITZEN**

Wie schwitzen Sie?  -

Wo schwitzen Sie?  -

**SCHLAF / ENERGIE**

**SCHLAF**:  -

Einschlafen:

Durchschlafen (WC?):

Träume:

Aufstehen:

**ENERGIE**:  -

Energielevel:  -

**SCHMERZEN**

Wo?       -

Qualität:  -       / Druck:  -

Zeit?  -       / Saisonal?  -

Diagnose:

Therapien:  -

Bemerkungen:

**APPETIT, DURST und GESCHMACK**

**GEWICHT**

Grösse:      ; Gewicht:      ; Ideal-Wunschgewicht:

Zufrieden mit Gewicht?  -

**APPETIT**

Wie ist Ihr Appetit / Hunger / Gelüste?  -

Essgewohnheiten:  -

Essen Sie regelmässig?      . Ausgewogen?      . Unterwegs (nicht am Tisch)?

**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…):

**Tee**?

**Kaffee**?

**Fruchtsäfte**?

**Temperatur** der Getränke:  -

**GESCHMACK**

Geschmack im Mund?  -

Trockener Mund?  -

Mundgeruch:

Was ist sonst noch wichtig?

**STUHLGANG (VERDAUUNG) und URIN / BAUCH**

**MAGEN-DARM**

Blähungen:

Darmwind (Furz):

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):

**HERZ und LUNGE**

**HERZ**

Herzbeschwerden:  -

Blutdruck:       Medikament:

Blutgefässe:  -

**LUNGE**

Lungenbeschwerden:  -

Schleim:  -       / Schleimfarbe:  -

Immunsystem:  -

**HAUT:**  -

**HAARE:**  -

**KOPF / PSYCHE**

**KONZENTRATION?**  -

**GEDÄCHTNIS?**  -

**GEDANKEN?**  -

**SCHWINDEL?**  -

**OHREN:**  -

**TINNITUS:**  -

**AUGEN**:  -

**NASE**:  -

**ZÄHNE**:  -

**ZAHNFLEISCH**:  -

**KIEFER**:  -

**HALS**:  -

**PSYCHE:**  -

**Sozial**leben:  -

**Beruf**sleben:  -

**HOBBIES**:

**SPORT** / Bewegung:  /

**GENUSSMITTEL / DROGEN**:  -      ; wann und wie häufig:

**GYNÄKOLOGIE**

MENARCHE (erste Mens): Alter / KLIMAKTERIUM-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:  -

War es schwierig schwanger zu werden (mussten Sie unterstützt werden)?

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 Ihnen wichtig erscheint:**

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

Besten Dank für Ihr Vertrauen! ☺