

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) | Heutiges Datum: |
| Geburtstag (Datum, Zeit, Ort) | |
| Zivilstand | Lebenssituation |
| Adresse | |
| Telefon | |
| Email | |
| Job | |
| Ärzte | |
| Krankenkasse | Ich habe KEINE Zusatzversicherung: <input type="checkbox"/> |
| Zusatzversicherung (Krankenkassen-Karten-Nr.) | |
| Grundversicherung (Krankenkassen-Karten-Nr.) | |

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:

Amalgamfüllungen, 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:

Augen:

Nase:

Zähne:

Zahnfleisch:

Kiefer:

Hals:

Psyche

Psyche:

Sozialleben:

Berufsleben:

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?

10. Gynäkologie

Menarche (erste Mens):

Wechseljahr:

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:

Bitte alle Schwangerschaften auflisten (Name vom Kind und Geburtsdatum):

Anderes welches Ihnen wichtig erscheint:

Wie wurden Sie aufmerksam auf mich?

Besten Dank für Ihr Vertrauen! ☺