



## Gesundheitsfragebogen, bitte ausfüllen vor der ersten Therapie

Der Fragebogen hilft mir, einen Eindruck zu bekommen und spart uns bei der ersten Sitzung Zeit. Falls du bestimmte Fragen nicht beantworten willst oder kannst, lass die Felder einfach leer. Die Inhalte des Fragebogens unterliegen der therapeutischen Schweigepflicht!

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geb: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

eMail: \_\_\_\_\_

Strasse/Nr.: \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

### 1. Was sind deine momentanen Beschwerden? seit wann?

1. \_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_

### 2. Welche Erwartungen oder Ziele hast du an die Therapie? Linderung, Beschwerdefreiheit, Entspannung, Motivation, Beratung zu einem gesunden Lebensstil?

---

---

---

**3.** Nenne frühere schwere Krankheiten, Operationen, Unfälle, Verletzungen. Gibt es Narben oder Fremdkörper/ Metalle?

1 \_\_\_\_\_ am: \_\_\_\_\_

2 \_\_\_\_\_ am: \_\_\_\_\_

3 \_\_\_\_\_ am: \_\_\_\_\_

4 \_\_\_\_\_ am: \_\_\_\_\_

**4. für Kieferpatienten und Halswirbelsäulenpatienten:** Hast/ Hattest Du eine Kieferorthopädische Behandlung oder grössere Zahnbehandlung?

\_\_\_\_\_ wann? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ wann? \_\_\_\_\_

**5. Chronische Erkrankungen und Infektionen.** Gibt es bestehende Diagnosen oder Erkrankungen wie z.B. Borreliose, Epstein-Barr-Infektion, Hashimoto-Thyreoditis, Autoimmunerkrankungen oder andere?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**6.** Nimmst du **Medikamente**? Wenn ja, welche? (Auch Antikonzeption)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

7. Wie ist dein **Schlaf**? Gibt es Ein- oder Durchschlafstörungen?

---

---

8. **Verdauung**: Gibt es bekannte Verdauungsstörungen? (Blähungen, Verstopfung, Durchfall, Krämpfe)

---

---

---

---

9. Hast du **Allergien oder bekannte Nahrungsmittelunverträglichkeiten**?

---

---

---

10. Wann hattest du deine letzte **Antibiotikabehandlung**?

---

---

11. **Frauenheilkunde**. Gibt es gynäkologischen Beschwerden? Prämenstruelles Syndrom? Wechseljahrsbeschwerden? Blasenentzündungen?

---

---

**12.** Nimmst du **Nahrungsergänzungen** (Vitamine, Fettsäuren, Mineralstoffe)? Wenn ja, welche?

---

---

---

**13. Ernährung:** Achtest du auf bestimmte Dinge in deiner Ernährung? Vegetarisch, vegan, lactose- oder glutenfrei, bio oder sonstiges?

---

---

**14.** Wie viel **Wasser** trinkst du in etwa täglich? Achtest du auf eine bestimmte Qualität beim Wasser?

---

---

**15.** Bewegst du dich **regelmässig und gerne**? Wenn ja, was und wie oft?

---

---

---

**16.** Verbringst du **Zeit in der Natur**? Wenn ja, in welcher Form und wie oft?

---

---

**17.** Wie ist dein Stresslevel? Fühlst Du Dich oft gestresst/unruhig/rastlos?

Hast Du Strategien damit umzugehen?

---

---

---

**18.** Konsumierst du **Nikotin, Alkohol oder Drogen**? Wenn ja, wie oft?

---

---

**19.** Wie schätzt du deine **Lebensenergie** ein? (0 = totale Erschöpfung, nichts geht mehr; 10 = freudvoll, kreativ, unternehmungslustig)

---

---

**20.** Hattest du **Schicksalsschläge oder traumatische Erlebnisse**? (Verlust, Krankheit, Trennung, Tod)

---

---

---

**21.** Nimmst du regelmässig **therapeutische oder ärztliche Hilfe** in Anspruch? Wenn ja, welche?

---

---

Bitte bring zur Untersuchung bestehende, **relevante medizinische Untersuchungsbefunde** (Labor, MRI-Berichte, etc.) sowie alle **Medikamente und Nahrungsergänzungen**, welche du regelmässig einnimmst mit.

Vielen Dank fürs Ausfüllen und Deine Mitarbeit!

*Die Inhalte des Fragebogens unterliegen der therapeutischen Schweigepflicht!*

