

Befragungs-Bogen:

Alle Daten sind vertraulich und werden als solche behandelt und einsichtssicher verwahrt.

Haben/ Hatten Sie gesundheitliche Probleme, Symptome, Erkrankungen oder Operationen, Krebsleiden an welche Organen, in welchem Jahr, Medikation?

Kopf / Gesicht ☐ Ja ☐ Nein _____

Hirn ☐ Ja ☐ Nein _____

Hals ☐ Ja ☐ Nein _____

Rücken ☐ Ja ☐ Nein _____

Lungen ☐ Ja ☐ Nein _____

Hirnschlag ☐ Ja ☐ Nein _____

Wirbelsäule ☐ Ja ☐ Nein _____

COPD ☐ Ja ☐ Nein _____

Asthma ☐ Ja ☐ Nein _____

Herz ☐ Ja ☐ Nein _____

Herzklappen ☐ Ja ☐ Nein _____

Stents ☐ Ja ☐ Nein _____

Leber ☐ Ja ☐ Nein _____

Blinddarm ☐ Ja ☐ Nein _____

Hämorrhoiden ☐ Ja ☐ Nein _____

Nieren ☐ Ja ☐ Nein _____

Blase ☐ Ja ☐ Nein _____

Prostata ☐ Ja ☐ Nein _____

Herzgefäße ☐ Ja ☐ Nein _____

Herzinsuffizienz ☐ Ja ☐ Nein _____

Brust ☐ Ja ☐ Nein _____

Darm ☐ Ja ☐ Nein _____

Magen ☐ Ja ☐ Nein _____

Milz ☐ Ja ☐ Nein _____

Harnleitern ☐ Ja ☐ Nein _____

Harnröhre ☐ Ja ☐ Nein _____

Blut

Infektiöse Erkrankungen ☐ Ja ☐ Nein _____

Hepatitis ☐ Ja ☐ Nein _____

HIV ☐ Ja ☐ Nein _____

Allergie ☐ Ja ☐ Nein _____

Haut

Lymphödem ☐ Ja ☐ Nein _____

Lymphknoten ☐ Ja ☐ Nein _____

Diverse Gelenke

Kiefergelenk ☐ Ja ☐ Nein _____

Hüftgelenk ☐ Ja ☐ Nein _____

Fussgelenk ☐ Ja ☐ Nein _____

Kopfgelenk ☐ Ja ☐ Nein _____

Kniegelenk ☐ Ja ☐ Nein _____

Facettengelenk ☐ Ja ☐ Nein _____



Schultergelenk	☐ Ja ☐ Nein	_____	Ellenbogen- gelenk	☐ Ja ☐ Nein	_____
Handgelenk	☐ Ja ☐ Nein	_____	Fingergelenk	☐ Ja ☐ Nein	_____
Iliosakral- gelenk	☐ Ja ☐ Nein	_____	Osteoporose:	☐ Ja ☐ Nein	_____
Drogen:	☐ Ja ☐ Nein	_____	Alkohol:	☐ Ja ☐ Nein	_____
Tabak / Kanabis:	☐ Ja ☐ Nein	_____	Andere:	☐ Ja ☐ Nein	_____
Drogenersatz medikamente:	☐ Ja ☐ Nein	_____	Seit wann:	☐ Ja ☐ Nein	_____
Schwanger- schaft:	☐ Ja ☐ Nein	_____	Woche:	_____	_____
Kind:	☐ Ja ☐ Nein	_____			

Nehmen Sie aktuell regelmässig Medikamente ein? Welche? Wie oft, wann? Wozu?

Sind Sie aktuell in einer Therapie? Wie lange schon, wie oft? Behandlungsergebnisse?

Abklärungen durch den Arzt, Hausarzt, Spezialist, Physiotherapeut, wann? Ergebnisse?

Bildgebende Verfahren: Röntgen, CT, MRI, Szinti etc.? Ergebnisse?

Blutuntersuchung Nein ☐ Ja ☐

Urin / Stuhluntersuchung Nein ☐ Ja ☐

Eigene Therapiemaßnahmen: Wärme, Kälte, Yoga, Bewegungsübungen etc.?

Haben Sie aktuell Fieber? Nein ☐ Ja ☐

Was ist Ihr aktuelles Problem?

Haben Sie noch andere nicht erwähnte Erkrankungen, Symptome die Sie im alltäglichen Leben stören/behindern? Welche:



Ich bestätige mit meiner Unterschrift wahrheitsgetreu, betreffend meines aktuellen und vergangenen Gesundheitszustands den Befragungsbogen aufgefüllt und nichts verschwiegen zu haben.

Des Weiteren bestätige ich mit meiner Unterschrift, dass ich in meinen vollen geistigen Verfassung den oben ausgefüllten Fragebogen verstanden und nichts ausgelassen oder vergessen habe, sodass die Therapeutin nicht verantwortlich gemacht werden kann für Verletzungen oder unangepassten Therapien/Beratung, die zu vermeiden gewesen wären, wenn die Therapeutin von den nicht angegebenen Leiden, Problemen, Erkrankungen, Operationen gewusst hätte.

Ort, Datum:

Unterschrift:
