

Persönlicher Fragebogen (vertraulich)

Bitte in Blockschrift ausfüllen. Danke.

Name	
Vorname	
Adresse	
Adresse Zusatz/Ergänzung	
Plz, Ort	
Geburtsdatum	Zivilstand
Beruf	

Telefon Privat		
Telefon unterwegs		
Email		
Kasse Grundversicherung	Versichertennummer	
Zusatz Komplementär	Versichertennummer	
Hausarzt	Blutgruppe	
Religionszugehörigkeit	Grösse	Gewicht
Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?	Kneipp-Mitglied O ja O nein	

A

Was haben Sie in Ihrem Leben bereits durchgemacht?

Operationen / Verletzungen / Unfälle *Alter*
(inkl. Beschneidung, Muttermalentfernung, etc mit oder ohne Naht/ Narbe)

Schwere Infektionen / Krankheiten *Alter*
(Lungenentzündung, Tuberkulose, Krebs, Herzanfall, chron. Bronchitis, Colitis, Mumps, Masern, Windpocken, etc.)

Schwangerschaft / Geburt / Abgang *Alter*

Früherer/ derzeitiger Beruf mit Kontakt zu Giften *Alter*
(Spritzmittel, Dämpfe, Abgase, etc.)

Längere Auslandsaufenthalte in 3. Welt Ländern *Alter*

Frühere oder derzeitige schwerere psychische Traumata, Belastungen, Stress *Alter*

Längere Abhängigkeit (Medikamente, Drogen, Alkohol, Zigaretten) *Alter*

Frühere Medikamente (inkl. Antibabypille, Parasitenkuren, etc.) *Alter*

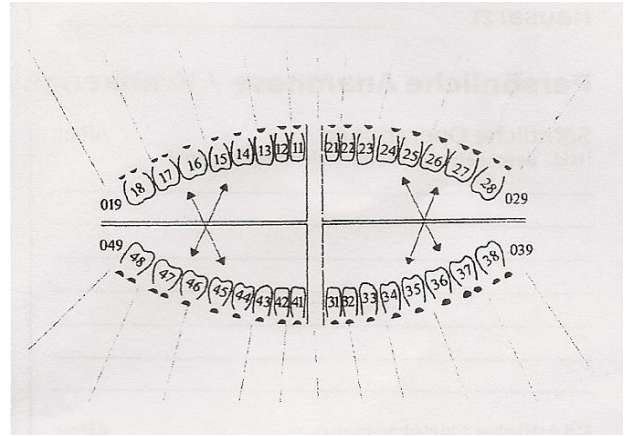
Aktuelle Medikamente (bitte mitbringen) (inkl. Antibabypille, Hormontherapie Muskelaufbaupräparate, Homöopathie etc.)

Impfungen (Bitte Kopie Impfausweis beilegen)

Metalleinschlüsse / Implantate *Alter*
 (künstliche Gelenke, Stabilisierungen, Nägel, Silikon etc.)

Zahnärztliche Eingriffe *Alter*
 (Anzahl Amalgamfüllungen, Gebisskorrekturen,
 Entfernung von Zähnen, Wurzelbehandlungen etc.)

Wird vom Behandler ausgefüllt



B

Welche familiären Krankheiten oder Störungen bestehen?

Was ist Ihnen bekannt (betrifft nur die direkten Verwandten, nicht diejenigen des Partners/der Partnerin)?
 Zum Beispiel: Diabetes mellitus, massives Übergewicht, Herzerkrankungen, hoher Blutdruck, Schlaganfall,
 Arteriosklerose, Asthma, Allergien, Ekzeme, Tuberkulose, Krebs, rheumatische Erkrankungen, Geistes-
 krankheiten, Nervenkrankheiten, Depressionen, andere schwere Erkrankungen?

Wenn möglich, auch angeben woran direkte Verwandte verstorben sind (welche Erkrankung, Alters-
 schwäche, Tod unklarer Ursache, Suizid).

<i>Wer?</i>	<i>Erkrankung</i>	<i>Alter</i>
-------------	-------------------	--------------

C

Welches sind Ihre Beschwerden?

Hauptproblem	seit (Datum)
---------------------	--------------

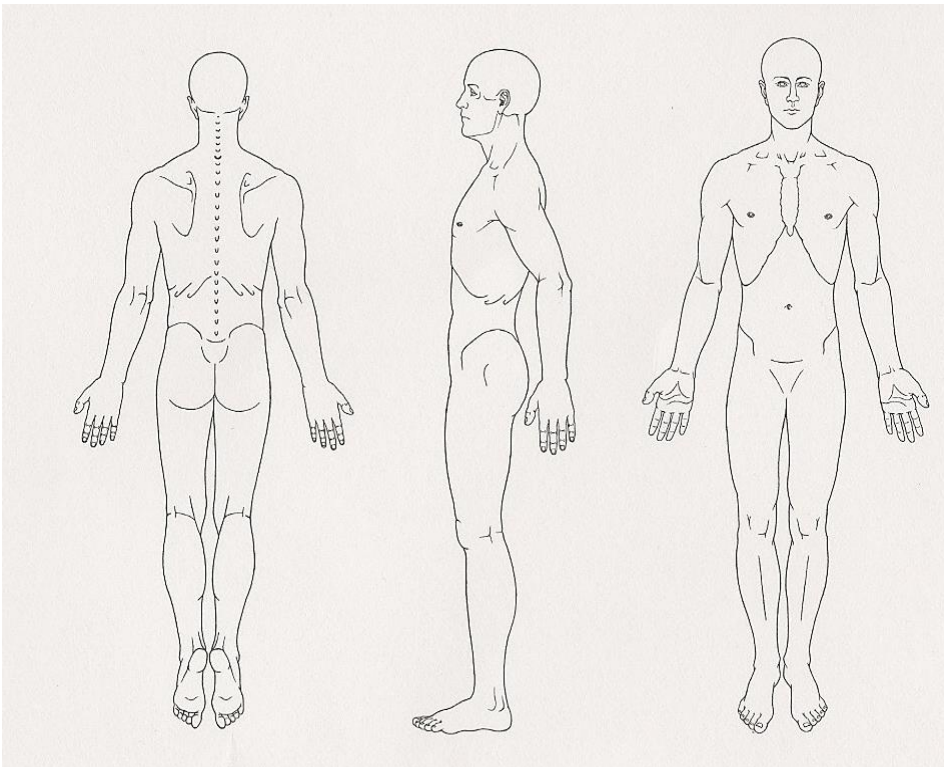
Medizinische Diagnose (Bitte Kopie Labor-/Arztberichte der letzten 12 Monate beilegen)

Weitere Erhebungen

Blutdruck	<input type="radio"/> normal	<input type="radio"/> hoch	<input type="radio"/> tief	letzter Wert: _____ / _____
Allergien (evtl. Allergiepass?)	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja	Welche? _____	
Kreislaufstörungen	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja	Bemerkungen: _____	
Herzbeschwerden, -leiden	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja	Welche? _____	
Diabetes	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja	Seit wann? _____	
Schilddrüsenprobleme	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja	wenn ja: <input type="radio"/> Überfunktion <input type="radio"/> Unterfunktion	
Osteoporose	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja	Bemerkungen: _____	
Angststörungen	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja	Welche? _____	
Psychische Probleme	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja	Welche? _____	
Atemnot, Asthma	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja	Bemerkungen: _____	
Stress	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja	Bemerkungen: _____	
Unruhe, Konzentrationsstörungen	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja	Bemerkungen: _____	
Müdigkeit, rasche Erschöpfung	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja	Bemerkungen: _____	
Schlafstörungen	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja	wenn ja: <input type="radio"/> Einschlafstör. <input type="radio"/> Durchschlafstör.	
Verdauungsprobleme, Blähungen	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja	Bemerkungen: _____	
Übelkeit, Erbrechen	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja	Bemerkungen: _____	
Menstruationsstörungen	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja	Welche? _____	
Wechseljahre	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja	o vorüber _____	
Rücken-, Gelenkprobleme	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja	Bemerkungen: _____	
Hautkrankheiten/Ekzeme	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja	Welche? _____	
Sexuelle Störungen	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja	Welche? _____	
Probleme beim Wasserlassen	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja	Bemerkungen: _____	

Bitte mit einem „X“ Ort der Schmerzen/Fehlfunktion/Störung markieren

Bemerkungen



D

Wie sind Ihre Ernährungs-, Trink- und Lebensgewohnheiten?

Durst: normal zu wenig zu viel

Tägliche Getränke: Mineralwasser(ohne / mit Kohlensäure) Kräutertee Kaffee
 Schwarztee süsse Getränke Alkohol Fruchtsäfte

Flüssigkeitszufuhr am Tag im Durchschnitt: _____ Deziliter

Appetit: normal zu wenig zu viel

Mahlzeiten: regelmässig unregelmässig Anzahl Mahlzeiten pro Tag: _____

Erste Mahlzeit am Tag: _____ Uhr Letzte Mahlzeit am Tag: _____ Uhr

Süssigkeiten: täglich mehrmals wöchentlich wöchentlich monatlich

Ernährungsstil: vegetarisch vegan Fleisch: wie oft pro Woche? _____
 Milchprodukte: wie oft pro Woche? _____ Fisch: wie oft pro Woche? _____

Halten Sie Diät? nein ja Welche? _____

Nahrungsergänzungen: nein ja Welche? _____

Unverträglichkeiten: nein ja Welche? _____

Stuhlgang: < 1 x täglich 1-2 x täglich > 2 x täglich

Raucher/ in: nein ja: wie viel pro Tag? _____

Sexuelle Neigung: hetero homo andere _____

Fernsehkonsument: < 1 Stunde/Tag 1-2 Stunden/Tag > 2 Stunden/Tag

Kabelloses Telefonieren: < 15 Minuten/Tag 15-60 Minuten/Tag > 1 Stunde/Tag

WLAN-Exposition: keine < 2 Stunden/Tag > 2 Stunden/Tag

Bewegung (Sport/Gymnastik/Fitness): keine 1-2 x wöchentlich > 2 x wöchentlich

Häufige Sonnenbestrahlung: nein ja Solarium: nein ja: wie oft? _____

Pflegelinien (Shampoo, Gesichtslotion, Deo etc): _____

In welchen Bereichen sind Sie am ehesten bereit, den Heilungsprozess zu unterstützen?
 Ernährung Bewegung Stressmanagement soziales Umfeld anderes: _____

E

Wurden bereits Behandlungen/Therapien durchgeführt?

was? bei wem? Nutzen (ja/nein)

Erwartungen / Behandlungsziel

Ich habe die [Klienteninformation](#) gelesen und zur Kenntnis genommen. ja nein

Ich wünsche im Rahmen einer Behandlung ein Gebet für mich. ja nein