

# 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	
Kasse Zusatz Komplementär	Versichertennummer	
Hausarzt		Blutgruppe
Religionszugehörigkeit	Grösse	Gewicht
Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?	AHV-Nummer	

## 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 aktuelle psychische Traumata, Belastungen, Stress *Alter*

_____	_____
_____	_____
_____	_____

Längere Abhängigkeit (Medikamente, Drogen, Alkohol, Zigaretten) wann

_____	_____
_____	_____
_____	_____

Frühere Medikamente (inkl. Antibabypille, Parasitenkuren, etc.) wann

_____	_____
_____	_____
_____	_____

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

_____	_____
_____	_____
_____	_____

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.)

---

---

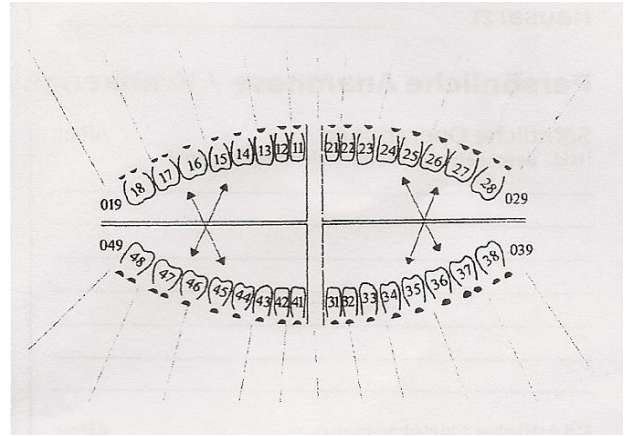
---

---

---

---

**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?

<b>Hauptproblem</b>	seit (Datum)
---------------------	--------------

---

---

---

<b>Medizinische Diagnose</b> (Bitte Kopie Labor-/Arztberichte der letzten 12 Monate beilegen)	Datum
---	-------

---

---

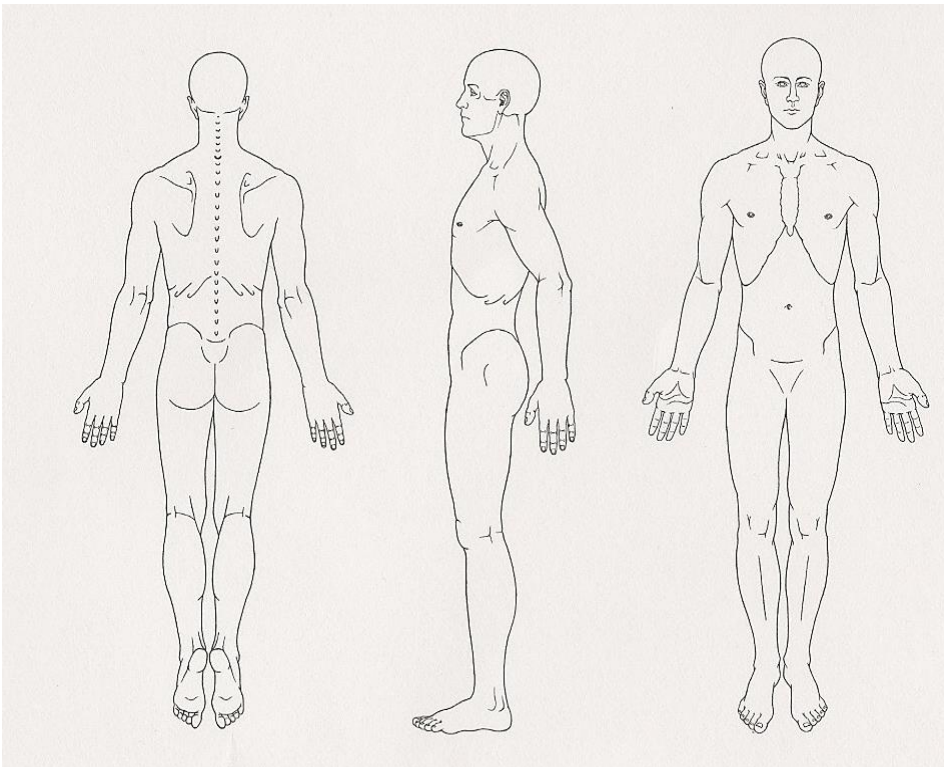
---

## 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