



Hauptstrasse 8a, 3186 Düringen
079.215.37.72 www.zummy.ch

Fragebogen

Liebe Klientin, lieber Klient

Sie haben sich für eine Abklärung und/oder Therapie angemeldet. Sie erleichtern mir die Arbeit, wenn Sie vor Ihrem ersten Termin die folgenden Fragen möglichst genau beantworten.

Herzlichen Dank für Ihre Mithilfe!

Name : _____ Vorname : _____

Beruf : _____ Geburtsdatum : _____

Adresse : _____

Tel. Nr. : _____ Handy Nr. : _____

E-Mail : _____ Hausarzt : _____

Krankenkasse : _____ Alternativversicherung : o ja o nein

Datenschutzerklärung einverstanden: o ja o nein Rechnung: o digital o per Post

Die Datenschutzerklärung kann auf meiner Homepage www.zummy.ch oder bei mir in der Praxis eingesehen werden.

Welche Beschwerden möchten Sie bei mir behandeln lassen?

Wann treten diese Beschwerden auf? Wodurch werden sie ausgelöst?

Durchgemachte Erkrankungen

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Pfeiffersches Drüsenfieber | <input type="checkbox"/> Nierenprobleme | <input type="checkbox"/> Geschlechtskrankheiten |
| <input type="checkbox"/> Angina | <input type="checkbox"/> Lungenprobleme | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Warzen | <input type="checkbox"/> Leber- /Gallenblaseprobleme | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Pilzinfektionen | <input type="checkbox"/> Prostataerkrankungen | <input type="checkbox"/> _____ |

Operationen und bildgebende Diagnostik

- | | | |
|--|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Bestrahlungen | <input type="checkbox"/> Operationen (welche?) | <input type="checkbox"/> Narben (wo?) |
| <input type="checkbox"/> MRI | <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Röntgen | <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Tätowierungen | <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> _____ |

Kinderkrankheiten

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Röteln | <input type="checkbox"/> Keuchhusten | <input type="checkbox"/> falscher / echter Croup |
| <input type="checkbox"/> Masern | <input type="checkbox"/> Windpocken („spitze Blattern“) | <input type="checkbox"/> Anderes |
| <input type="checkbox"/> Mumps | <input type="checkbox"/> Dreitagesfieber | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Kinderlähmung | <input type="checkbox"/> Scharlach | <input type="checkbox"/> _____ |

Impfungen

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Diphtherie | <input type="checkbox"/> Tetanus (Starrkrampf) | <input type="checkbox"/> Kinderlähmung |
| <input type="checkbox"/> Hirnhautentzündung | <input type="checkbox"/> Keuchhusten | <input type="checkbox"/> Hepatitis (A oder B) |
| <input type="checkbox"/> Zecken | <input type="checkbox"/> Tuberkulose | <input type="checkbox"/> Grippe |
| <input type="checkbox"/> Typhus | <input type="checkbox"/> Masern, Mumps, Röteln | (In welchem Jahr? _____) |
| <input type="checkbox"/> HPV | <input type="checkbox"/> Covid/Coronavirus | |
| <input type="checkbox"/> Nebenwirkungen? _____ | | |

Medikamente

- | | | |
|---------------------------------------|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Antibiotika | <input type="checkbox"/> Hormone | <input type="checkbox"/> Andere: _____ |
| <input type="checkbox"/> Asthmamittel | <input type="checkbox"/> „Die Pille“ | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Kortison | <input type="checkbox"/> Krebsmittel | <input type="checkbox"/> _____ |

Suchtmittel

- | | | |
|----------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Nikotin | <input type="checkbox"/> Alkohol | <input type="checkbox"/> Drogen |
|----------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|
- Wenn ja, was und in welchen Mengen? _____

Ernährung

- | | | |
|--------------------------------------|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Vegetarisch | <input type="checkbox"/> Vegan | <input type="checkbox"/> Glutenfrei |
| <input type="checkbox"/> Gemischt | <input type="checkbox"/> Mikrowelle | <input type="checkbox"/> Fast Food |
| <input type="checkbox"/> Trennkost | <input type="checkbox"/> Anderes _____ | |
- Auf welche Nahrungsmittel verzichten Sie? _____
- Was und wie viel trinken Sie im Tag? _____

Allergien und Unverträglichkeiten

Leiden Sie an einer Allergie oder an Unverträglichkeiten? Wenn ja, welche?

Sind Allergietests durchgeführt worden? Welches waren die Ergebnisse? Therapie?

Haut

- | | | |
|---------------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> Hautschuppen | <input type="checkbox"/> Nesselfieber/ Nesselsucht | <input type="checkbox"/> Vermehrtes Schwitzen |
| <input type="checkbox"/> Rötungen | <input type="checkbox"/> Pigmentationsstörungen | <input type="checkbox"/> Nachtschweiss |
| <input type="checkbox"/> Juckreiz | <input type="checkbox"/> Haarausfall | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Milchschorf | <input type="checkbox"/> Haarschuppen | <input type="checkbox"/> _____ |

Hautpflege

Welche Hautpflegeprodukte benutzen Sie? Nur Beantworten bei Hautproblemen

Kreislauf

- | | | |
|--------------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> Herzklopfen | <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörungen |
| <input type="checkbox"/> Herzrasen | <input type="checkbox"/> zu tiefer Blutdruck | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Herzenge | <input type="checkbox"/> unregelmässiger Puls | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Schwindel | <input type="checkbox"/> kalte Hände/Füsse | <input type="checkbox"/> _____ |

Atmung

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Atemnot | <input type="checkbox"/> Nasenbluten | <input type="checkbox"/> Heuschnupfen |
| <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Schnarchen | (wann? _____) |
| <input type="checkbox"/> Pfeifen | <input type="checkbox"/> Nasennebenhöhlenentzündungen | <input type="checkbox"/> Trockene, fließende, |
| <input type="checkbox"/> Husten / Reizhusten
(mit oder ohne Auswurf) | <input type="checkbox"/> Lungenentzündung | verstopfte Nase |
| | <input type="checkbox"/> Räuspern | <input type="checkbox"/> _____ |

Mundhöhle

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Aphten | <input type="checkbox"/> Zahnfleischentzündungen | <input type="checkbox"/> Mundtrockenheit |
| <input type="checkbox"/> Mundgeruch | <input type="checkbox"/> Zahnfleischblutungen | <input type="checkbox"/> Lippenbeläge |
| <input type="checkbox"/> Zungenbelag | <input type="checkbox"/> verfärbtes Zahnfleisch | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Fieberbläschen | <input type="checkbox"/> Zungenbrennen | <input type="checkbox"/> _____ |

Zähne

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Zahnstellungskorrektur | <input type="checkbox"/> Zahnfüllungen
(Amalgam, Porzellan,
Kunststoff, andere) | <input type="checkbox"/> Wurden Zähne gezogen?
Welche? _____ |
| <input type="checkbox"/> Implantate | | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Zahnprothese | | |

Verdauung

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Schluckbeschwerden | <input type="checkbox"/> vermehrter Windabgang | <input type="checkbox"/> Durchfall |
| <input type="checkbox"/> Aufstossen | <input type="checkbox"/> Krämpfe, Schmerzen | <input type="checkbox"/> Verstopfung |
| <input type="checkbox"/> Magenbrennen | <input type="checkbox"/> regelmässiger Stuhlgang | <input type="checkbox"/> Blut am/im Stuhl |
| <input type="checkbox"/> Blähungen | <input type="checkbox"/> unregelmässiger Stuhlgang | <input type="checkbox"/> Übelkeit |

Nerven

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen | <input type="checkbox"/> Ohrgeräusche | <input type="checkbox"/> Chronische Müdigkeit |
| <input type="checkbox"/> Geschmacksstörungen | <input type="checkbox"/> Sensibilitätsstörungen | <input type="checkbox"/> Konzentrationsstörungen |
| <input type="checkbox"/> Geruchsinnsstörungen | <input type="checkbox"/> Reizbar | <input type="checkbox"/> Antriebslosigkeit |
| <input type="checkbox"/> Hörstörungen/Schwerhörig | <input type="checkbox"/> Stimmungsschwankungen | <input type="checkbox"/> _____ |

Bewegung

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Nackenverspannungen | <input type="checkbox"/> Gelenkschmerzen
Wenn ja, welche?
_____ | <input type="checkbox"/> Rückenschmerzen
wo? _____ |
| <input type="checkbox"/> Knochenschmerzen | | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Muskelschmerzen | | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Rheuma | <input type="checkbox"/> Diskushernie | <input type="checkbox"/> _____ |

Gynäkologie

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Unregelmässige Menstruation | <input type="checkbox"/> wiederkehrende Pilzinfektionen | <input type="checkbox"/> Blutungen nach dem
Geschlechtsverkehr |
| <input type="checkbox"/> Schmerzhaft Menstruation | <input type="checkbox"/> Wasseransammlungen | <input type="checkbox"/> Schmerzen beim
Geschlechtsverkehr |
| <input type="checkbox"/> Starke Menstruation | <input type="checkbox"/> weisser Ausfluss | <input type="checkbox"/> Brustveränderungen |
| <input type="checkbox"/> schwache Menstruation | <input type="checkbox"/> klarer Ausfluss | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Misslaunigkeit um die
Menstruation | <input type="checkbox"/> stinkender Ausfluss | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Schmerzen beim Eisprung | <input type="checkbox"/> Blasenentzündungen | <input type="checkbox"/> _____ |
| | <input type="checkbox"/> Unterbauchentzündungen | <input type="checkbox"/> _____ |

Krankheiten in der Familie

- | | | |
|--------------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Krebs | <input type="checkbox"/> Geisteskrankheiten |
| <input type="checkbox"/> Tuberkulose | <input type="checkbox"/> Geschlechtskrankheiten | <input type="checkbox"/> _____ |

Diverses

- Infektanfällig? ja nein
- Reaktionen auf Haustierkontakt? Welche? _____
- Schlafstörungen? Einschlafen? Durchschlafen?
- Treiben Sie Sport? Welchen und wie häufig? _____
- Handy/Tablet? Wie lange pro Tag? _____
- TV Konsum? Wie lange pro Tag? _____
- Computerarbeit? Wie lange pro Tag? _____
- Was Sie sonst noch sagen wollten: _____
- _____
- _____

Wer hat mich empfohlen? _____

Gemäss neuem Datenschutzgesetz (01.09.2023) benötige ich ihre schriftliche Einwilligung für die unverschlüsselte Kommunikation über E-Mail, WhatsApp, Threema oder SMS.

- Einverstanden Nicht einverstanden

Datum: _____ Unterschrift: _____

So, nun haben Sie es geschafft! Ich danke Ihnen für ihre Mühe.