



Name		Vorname	
Adresse		Geburtsdatum	
		Alter	
		Geschlecht	
Telefon		Familienstand	
Krankenversicherung		Kinder	
erlernter Beruf		ausgeübte Tätigkeit	

Liebe Patientinnen und Patienten !

Zur besseren Vorbereitung Ihrer Behandlung und zum Ausschluss von Risikofaktoren / Kontraindikationen möchten wir Sie bitten, den folgenden Fragebogen gewissenhaft auszufüllen.

Zutreffendes bitte ankreuzen und / oder unterstreichen

Alle Ihre Angaben unterliegen selbstverständlich der Schweigepflicht unsererseits.

Bitte beschreiben Sie zunächst Ihre aktuellen Beschwerden, die Sie zu uns geführt haben.

Hatten Sie schon eine der folgenden Erkrankungen oder Beschwerden ?

	Ja	Nein	weiss nicht
Darmerkrankungen , welche ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verstopfungen / Durchfälle / starke Blähungen (aktuell)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutbeimengungen im Stuhl (aktuell)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Magen - / Zwölffingerdarmgeschwür	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lebererkrankungen / Gelbsucht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gallensteine / Gallenbeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nieren - / Blasensteine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nieren - / Nierenbecken - / häufige Blasenentzündungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erkrankungen der Prostata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwierigkeiten beim Wasserlassen / häufiger Harndrang / nachts oft ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erkrankungen der weiblichen Unterleibsorgane (■ Myome, Zysten ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lungenerkrankungen , welche ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzkrankungen , welche ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gefäßerkrankungen / Krampfadern / Haemorrhoiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hauterkrankungen , welche ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schilddrüsenerkrankungen , welche ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nervöse Beschwerden / Nervenzusammenbruch / Burn Out	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fühlen Sie sich gestresst ? (privat / Arbeit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ohrgeräusche , welche ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergien , welche ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nahrungsmittelunverträglichkeiten , welche ? (■ Lactose , Fructose , Gluten)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asthma / Heuschnupfen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krebserkrankungen , welche ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rheuma / Gicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erkrankungen der Wirbelsäule , welche ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gelenkerkrankungen , welche ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bandscheibenschäden / Bandscheibenvorfall / Vorwölbung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwindel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sehstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
häufige Kopfschmerzen , Migräne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durchblutungsstörungen / Verengung der Halsblutgefäße	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bekanntes Krampfanfall-Leiden (Epilepsie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bekannte Blutgerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bekannte Thrombose / Lungenembolie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	ja	nein	weiss nicht
Schlaganfall / Lähmungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Missempfindungen (Kribbeln o.ä.) wo ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
neurologische Erkrankungen , welche ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Augenerkrankungen , welche ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwangerschaft , welche Woche ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
erbliche / gehäuft auftretende Erkrankungen , welche ? (■ Krebs)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hatten Sie Unfälle , Stürze , Verletzungen , Operationen ? , welche ?

Leiden Sie an oben nicht aufgeführten Erkrankungen ? , welche ?

	nein	wenig	oft	regel mässig
Rauchen Sie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trinken Sie Alkohol ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Treiben Sie Sport ? , welchen ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Schlafgewohnheiten

- Einschlafstörung Durchschlafstörung ich werde oft wach und muss zur Toilette
 ich werde immer um _____ Uhr wach ich habe keine Probleme / ich schlafe durch
 ich schlafe im Durchschnitt _____ Stunden pro Nacht

Nehmen Sie Medikamente ein ?

regelmässig _____

gelegentlich / bei Bedarf _____

Blutverdünnende Medikamente _____

Cortison (aktuell oder innerhalb der letzte 2-4 Wochen) _____

Wir danken Ihnen für das gewissenhafte Ausfüllen dieses Fragebogens.
Bitte bringen Sie ihn zu Ihrem vereinbarten Termin unterschrieben mit.

.....
Datum

.....
Unterschrift