

## Anmelde- und Gesundheitsbogen

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Strasse: \_\_\_\_\_ Nr.: \_\_\_\_\_

PLZ \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Geb.datum: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_

Tel. P.: \_\_\_\_\_ Tel. G.: \_\_\_\_\_

Natel. \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Empfohlen durch: \_\_\_\_\_

Hausarzt, behandelnder Arzt: \_\_\_\_\_

Krankenkasse, Versicherung: \_\_\_\_\_

Haben Sie eine Zusatzversicherung für den komplementären Bereich? \_\_\_\_\_

**Um Sie individuell zu betreuen und allfällige Therapiemethoden zu Ihrem Schutz richtig anzuwenden, benötigen wir einige Angaben über Ihre Gesundheit.**

**Alle Ihre Angaben unterstehen der Schweigepflicht**

**Zutreffendes ankreuzen**

Ja      Nein

1. Waren Sie in den letzten 3 Monaten im Spital oder ambulant in ärztlicher Behandlung?  Ja  Nein

Wenn ja, warum? \_\_\_\_\_

2. Nahmen Sie in den letzten Wochen regelmässig Medikamente ein?  Ja  Nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

3. Nehmen Sie Antikoagulantien oder neigen Sie zu Blutungen?  Ja  Nein

4. Leiden Sie an einem angeborenen oder erworbenen Herzfehler?  Ja  Nein

5. Ist ihr Blutdruck erhöht?  Ja  Nein

6. Hatten oder haben Sie folgende Krankheiten:

Asthma oder Allergien, Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus), epileptische Anfälle,  Ja  Nein

häufige Kopfschmerzen, Magen- Darmgeschwüre, Rheumatismus  Ja  Nein

7. Hatten Sie je einen Unfall? \_\_\_\_\_  Ja  Nein

Sind bleibende Schäden daraus entstanden? \_\_\_\_\_  Ja  Nein

8. Tragen Sie Implantate im Körper (Metallimplantate, Herzschrittmacher, Organe etc.)  Ja  Nein

9. Hatten Sie oder haben Sie Gelbsucht (Hepatitis) oder eine andere schwere Infektionskrankheit (AIDS, Tuberkulose usw.)?  Ja  Nein

10. Hatten Sie je oder haben Sie eine andere ernsthafte Erkrankung?  Ja  Nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

11. Patientinnen: Sind Sie schwanger?  Ja  Nein

**Je nach Thematik dauert eine durchschnittliche Sitzung ca. 1 bis 1,5 Stunden. Unser Grundtarif beträgt für 60 Minuten CHF 120.-. Jede weitere Viertelstunde CHF 30.-. Zahlungsziel 15 Tage ab Fakturdatum.**

**Im Verhinderungsfalle bitten wir Sie, sich mindestens 24 Stunden vorher telefonisch abzumelden, ansonsten der Termin verrechnet werden muss. Dies gilt ebenso für vergessene Termine.**

Datum: \_\_\_\_\_

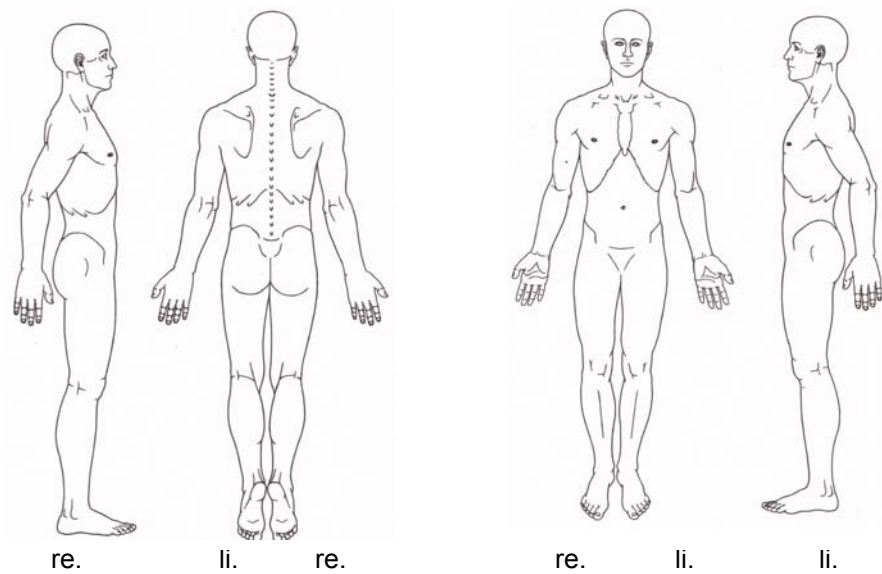
Unterschrift: \_\_\_\_\_

Was ist der Grund Ihres Besuches? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Bitte nennen Sie kurz Ihre Beschwerden in der Reihenfolge der Wichtigkeit:

- 1) \_\_\_\_\_
- 2) \_\_\_\_\_
- 3) \_\_\_\_\_

Bitte zeichnen Sie Ihre Beschwerden in unten stehenden Männchen ein



Wann begann das Problem? Datum: \_\_\_\_\_

Waren Sie mit dieser Thematik bereits bei einem Arzt? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Womit wurden Sie bisher behandelt? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Wie haben sich Ihre Beschwerden im Laufe der Zeit verändert? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Zu welchen Tageszeiten sind Ihre Beschwerden deutlich wahrnehmbar? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Was lindert Ihre Beschwerden? \_\_\_\_\_

Was verstärkt Ihre Beschwerden? \_\_\_\_\_

In welchen Tätigkeiten werden Sie durch Ihre Beschwerden eingeschränkt? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_