

Fragebogen

Bitte nehmen Sie sich Zeit und füllen Sie den Fragebogen sorgfältig aus.
Die Angaben unterliegen der Schweigepflicht und dienen ausschliesslich dazu die Therapie optimal ihrem Gesundheitszustand anzupassen.
Bringen Sie den ausgefüllten Fragebogen zu Ihrer ersten Sitzung mit.

Name: _____

Vorname: _____

Strasse, Nr.: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon: _____

Mobile: _____

E-Mail: _____

Geburtsdatum: _____

Zivilstand: _____

Beruf: _____

Krankenkasse: _____

Zusatzversicherung: _____

Behandlungsgrund:

Kurze Beschreibung der Beschwerden

(Art der Symptome, Lokalisation; Zeitliche Zusammenhänge oder Aufeinanderfolge von Symptomen; bestimmtes Muster; stechend, brennend, bohrend, reissend, klopfend, drückend)

Seit wann? akut seit

chronisch seit

Schmerzen strahlen aus nach:

Ausgelöst durch / Was war kurz vorher: (Erkrankung, Kummer, Trauer, Operation, Hautausschlag, Medikamente, Impfungen, Sturz usw.)

Wann treten die Beschwerden am stärksten auf? morgens, tagsüber, abends, nachts, nach Belastung, in Ruhe, permanent, verschieden

Hatten Sie Unfälle oder schwere Verletzungen, Traumatias, Operationen?

Auch früher (Stürze, Sport-Autounfall, Frakturen, Verletzungen des Kreuz-und Steissbeins

Was wurde bisher untersucht, wie wurde therapiert? Alternative Therapien?

Medikamente aktuell:

frühere Medikationen, insbesondere Antibiotikatherapien, Cortison, Hormonbehandlungen, Chemotherapie:

Impfungen: (oder Kopie Impfbüechli)

Tuberkulose (BCG) Pocken Polio (Kinderlähmung) Cholera Diphtherie

Masern Mumps Röteln Keuchhusten Varizellen Grippe Tetanus

Gelbfieber Hepatitis A, B FSME (Frühsommermeningitis)

HPV (Papillomaviren) Tollwut Meningokokken HIB (Hämophilus Influenzae)

Andere _____

Reaktionen auf die Impfungen:

Allergien, Nahrungsmittelunverträglichkeiten:

Zähne:

Amalgamfüllungen, Amalgam entfernt, Gold, Keramik, Kunststoff,

Wurzelbehandelte Zähne, Implantate, tote Zähne, Zähne knirschen,

Kieferorthopädische Behandlungen

Infektionskrankheiten:

Masern, Mumps, Röteln, Keuchhusten, Windpocken, Scharlach, Tetanus, Kinderlähmung (Polio). Malaria, Salmonellose, Ruhr, Pfeiffersches Drüsenfieber, Gonorrhöe (Tripper), Syphilis, Tropenkrankheiten, Tuberkulose, Borreliose, Gürtelrose, HIV

Andere Krankheiten:

Eigene Geburt:

natürliche Geburt Kaiserschnitt Zange-oder Saugglocke Frühgeburt, wievielte Woche:

Psychische Probleme:

Familiäre Probleme:

Für Frauen:

schwanger? Wievielte Woche? _____

Mensbeschwerden: welche: _____

Menopause _____

Eierstockentzündung Zysten Myome

Geburten, wann: _____

Fehlgeburten _____

Abtreibungen _____

Hormonbehandlung _____

Empfängnisverhütung , Mittel: _____

weiteres _____

Suchtmittel:

Rauchen, wieviel _____ Alkohol andere Drogen: _____

Was Sie sonst noch erwähnen möchten:

Sport, Hobbies, Ressourcen und gesundheitsfördernde Maßnahmen:

Vielen Dank, dass Sie sich für die Beantwortung der Fragen Zeit genommen haben. Ihre Antworten werden streng vertraulich behandelt.

Bitte mailen Sie mir den ausgefüllten Fragebogen (info@cranio-horgen.ch) oder bringen Sie den Ausdruck zur nächsten Therapiesitzung mit.

Silvia Gertsch, diplomierte Craniosacral-Therapeutin

www.cranio-horgen.ch

Tel: 078 834 09 04