

Fragebogen

Name	Vorname	
Geburtsdatum	Grösse	Gewicht
Adresse Ort	Telefon/Natel	
e-mail	Krankenkasse	

Erwartungen

Wurden Sie als Kind gestillt?	ja	nein
➤ Wenn ja, wie lange?		
➤ Hatten Sie als Säugling Milchschorf?	ja	nein

Essen Sie rohe Sachen? (Salat/Früchte)	ja	nein
➤ Wenn ja, auch abends?	ja	nein

Zucker		
Schoggi, Guetzli, Honig	ja	nein
(wenn ja, bitte unterstreichen was)	täglich	jeden 2. Tag
	jeden 3. Tag	einmal pro Woche

Milchprodukte	ja	nein
➤ Wenn ja, was und wieviel?	täglich	jeden 2. Tag
	jeden 3. Tag	einmal pro Woche

Fleisch	ja	nein
➤ Schweinefleisch	ja	nein
➤ Fleisch mehrmals täglich?	ja	nein
➤ Wenn Fleisch ja, was und wieviel?	täglich	jeden 2. Tag
	jeden 3. Tag	einmal pro Woche

Alkohol	ja	nein
➤ Wenn ja, was und wieviel?	täglich	jeden 2. Tag
	jeden 3. Tag	einmal pro Woche

Nikotin	ja	nein
➤ Wenn ja, wieviel pro Tag?		

Kaffee	ja	nein
Wenn ja, wieviele Tassen pro Tag?		

Schlafen		
Einschlafschwierigkeiten	ja	nein
Nächtliches Erwachen	ja	nein
➤ Wenn ja, wie oft?		
➤ Wenn ja, wann?		
Nächtliches Schwitzen	ja	nein
Regelmässige Einnahme von Schlafmittel	ja	nein
➤ Wenn ja, was?		
Sporadische Einnahme	ja	nein
➤ Wenn ja, was?		

Stuhlgang		
Täglich	ja	nein
➤ Mehrmals täglich?	ja	nein
➤ Wie oft in der Woche?		
Konsistenz		
➤ Breiig	ja	nein
➤ Weich geformt	ja	nein
➤ Hart geformt	ja	nein
Verstopfung	ja	nein
➤ In wieviel Tagen einmal Stuhlgang?		
Blähungen	ja	nein
➤ Wenn ja, seit wann?		
➤ Wenn ja, wann beginnen die Blähungen (morgens, nachmittags, wie kurz nach dem Essen)?		
Durchfall	ja	nein
➤ Während/nach Auslandsaufenthalt?	ja	nein
➤ Wie oft in 24 Stunden?		

Verdauung		
Unwohlsein nach dem Essen	ja	nein
Völlegefühl nach dem Essen	ja	nein

Grosse Müdigkeit nach dem Essen	ja	nein
Leberprobleme	ja	nein
➤ Wenn ja, seit wann und wie?		
Gallenprobleme	ja	nein
➤ Wenn ja, seit wann und wie?		
Gallenblasen-Operation	ja	nein
➤ Wenn ja, wann?		
Komplikationen?	ja	nein
➤ Wenn ja, welche?		

Trinken		
➤ Menge pro Tag		
➤ Was?		

Urin (Säure-Basen-Gleichgewicht)		
➤ Regelmässige Kontrolle mit Teststreifen	ja	nein
➤ Schon einmal kontrolliert	ja	nein
Blasenentzündungen		
➤ Schon einmal gehabt	ja	nein
➤ Wenn ja, wann das letzte Mal?		
➤ Wenn ja, womit behandelt worden?		
➤ Immer wiederkehrend	ja	nein

Atmungssystem		
Chronischer Schnupfen	ja	nein
Chronische Nasennebenhöhlen-Entzündungen	ja	nein
Chronischer Husten	ja	nein
Chronische Bronchitis	ja	nein
Asthma	ja	nein
➤ Wenn ja, tagsüber?	ja	nein
➤ Wenn ja, nachts?	ja	nein
➤ Wenn ja, Medikamente eingenommen?	ja	nein
➤ Wenn ja, was?		

Rücken (Nacken, Schulter)		
Scheuermann	ja	nein
➤ Wenn ja, seit wann?		
Chronische Verspannungen	ja	nein

➤ Wenn ja, wo?		
Rücken-Operationen	ja	nein
➤ Wenn ja, wann?		
Schulterverletzungen	ja	nein
➤ Wenn ja wann?		
Schlüsselbein gebrochen	ja	nein
➤ Wenn ja, wann?		
Andere Rückenprobleme oder –erkrankungen	ja	nein
➤ Wenn ja, was und seit wann?		

Bewegung/Fitness		
Tägliches Fitnessprogramm	ja	nein
➤ Wenn ja, was?		
Fitnessprogramm	ja	nein
➤ Wenn ja, was und wie oft?		

Narben	ja	nein
➤ Wenn ja, wo?		
Piercing	ja	nein
➤ Wenn ja, wo?		

Kopf		
Migräne	ja	nein
➤ Wenn ja, wie oft?		
➤ Benötigen Sie Medikamente?	ja	nein
➤ Wenn ja, was?		
Kopfschmerzen	ja	nein
➤ Wenn ja, wie oft?		
➤ Benötigen Sie Medikamente?	ja	nein
➤ Wenn ja, was?		
Schwindel	ja	nein
➤ Wenn ja, seit wann?		
➤ Wenn ja, wann tritt er auf?		
➤ Benötigen Sie Medikamente?	ja	nein

➤ Wenn ja, was?

Epilepsie ja nein

➤ Wenn ja, seit wann?

➤ Wenn ja, benötigen Sie Medikamente? ja nein

➤ Wenn ja, was?

Augen

Sehstörungen ja nein

➤ Wenn ja, seit wann und was für welche?

Brillenträger

➤ Wenn ja, seit wann? ja nein

Kontaktlinsen

➤ Wenn ja, seit wann? ja nein

Augenkrankheiten

➤ Wenn ja, seit wann und was für welche? ja nein

Kreislaufsystem

Blutdruck erhöht ja nein

➤ Wenn ja, benötigen Sie Medikamente? ja nein

➤ Wenn ja, was für welche?

Blutdruck zu tief

➤ Wenn ja, was tun Sie dagegen? ja nein

Unregelmässiger Herzschlag

➤ Wenn ja, wann? ja nein

➤ Wurden Abklärungen gemacht? ja nein

➤ Wenn ja, was für welche?

Angina pectoris

➤ Wenn ja, seit wann? ja nein

➤ Benötigen Sie Medikamente? ja nein

➤ Wenn ja, was?

Herzinfarkt	ja	nein
➤ Wenn ja, wann?		
➤ Wenn ja, benötigen Sie Medikamente?	ja	nein
➤ Wenn ja, was?		

Krampfadern	ja	nein
➤ Welche Seite?		
➤ Wenn ja, wann begannen die Beschwerden?		
➤ Benötigen Sie Stützstrümpfe?	ja	nein
➤ Wurden die Krampfadern operiert?	ja	nein
➤ Wenn ja, wann?		
➤ Wenn ja, benötigen Sie Medikamente?	ja	nein
➤ Wenn ja, was?		

Haut		
Allergien	ja	nein
➤ Wenn ja, was für welche?		
➤ Wenn ja, schulmedizinisch abgeklärt?	ja	nein
➤ Wenn ja, mit welchem Test?		
➤ Juckreiz am Tag?	ja	nein
➤ Wenn ja, womit wird behandelt?		
➤ Juckreiz in der Nacht?	ja	nein
➤ Wenn ja, womit wird behandelt?		
➤ Sonstige Beschwerden?	ja	nein
➤ Wenn ja, was für welche?		
➤ Wenn ja, schon seit Kindheit?	ja	nein
➤ Wenn ja, in welchem Alter?		
➤ Wenn ja, wann das erste Mal aufgetreten?		

Akne

ja

nein

➤ Wenn ja, wo?

➤ Wenn ja, seit wann?

➤ Wenn ja, welche Therapien gemacht?

➤ Im Zusammenhang mit Nahrungsmitteln?

ja

nein

➤ Wenn ja, mit welchen?

Heuschnupfen

ja

nein

➤ Wenn ja, seit wann?

➤ Wenn ja, zu welcher Jahreszeit?

➤ Wenn ja, womit behandelt?

Zeckenbiss

Schon einmal einen gehabt?

ja

nein

➤ Wenn ja, wann?

➤ Wenn ja, mit Antibiotika behandelt?

ja

nein

➤ Wenn ja, für wie lange Zeit bekamen Sie Antibiotika?

Antibiotika

Zurzeit

ja

nein

Schon einmal bekommen?

ja

nein

➤ Wenn ja, wie oft?

➤ Wenn ja, wann letztes Mal?

➤ Wenn ja, weswegen?

➤ Wenn ja, irgendwann allergisch reagiert?

ja

nein

➤ Wenn ja, wie?

Medikamente

Tägliche Einnahme

ja

nein

➤ Wenn ja, was?

Allergie auf Medikamente

ja

nein

➤ Wenn ja, auf was?

--

Impfungen

Impfpass vorhanden	ja	nein
Spezielle Impfungen für Ausland gehabt	ja	nein
➤ Wenn ja, welche?		

Operationen

	ja	nein
➤ Wenn ja, was und wann		

Bluttransfusionen

➤ Schon einmal eine bekommen?	ja	nein
➤ Wenn ja, wann?		

Zähne

Amalgamsanierung (alle Füllungen ersetzt durch Kunststoff etc.)	ja	nein
---	----	------

➤ Wenn ja, Komplikationen?	ja	nein
➤ Wenn ja, welche?		

➤ Wenn nein, wieviele Füllungen sind noch vorhanden?

➤ Tote Zähne	ja	nein
➤ Wenn ja, wieviele und welche sind es?		

Parodontose

➤ Wenn ja, womit pflegen Sie Ihr Zahnfleisch?	ja	nein
---	----	------

Zahnfleischtransplantation

➤ Wenn ja, wann?	ja	nein
------------------	----	------

Tägliche Zahnpflege

➤ Wie und womit?	ja	nein
------------------	----	------

Weisheitszähne

➤ Wenn nein, welche fehlen?	ja	nein
➤ Wenn nein, seit wann?		

Zahnimplantat(e)

➤ Wenn ja, welcher Zahn/welche Zähne	ja	nein
--------------------------------------	----	------

Andere Besonderheiten und Zahnspangen (wann wurden sie getragen)

Datum letzter Besuch Zahnarzt
Datum letzter Besuch Dentalhygienikerin

Leiden Sie unter Fieberblasen? ja nein
➤ Wenn ja, wie oft?
➤ Wenn ja, wo?

Haemorrhoiden ja nein
➤ Wenn ja, seit wann?

➤ Haben Sie Beschwerden? ja nein
➤ Wenn ja, womit behandeln Sie?

➤ Wurden die Haemorrhoiden operiert? ja nein
➤ Wenn ja, wann?

➤ Wurden die Haemorrhoiden verödet? ja nein
➤ Wenn ja, wann?

Hobby ja nein
➤ Wenn ja, was?

➤ Verwenden Sie spezielle Lösungsmittel
oder Farben etc. ? ja nein

➤ Wenn ja, welche?

Beruf
Haben Sie mit speziellen Lösungsmitteln, Farben oder Desinfektionsmitteln zu tun?
ja nein
➤ Wenn ja, womit?

Kinderkrankheiten

Handy ja nein
Schnurloses Telefon ja nein

Wasserbett	ja	nein
Kabelloser Laptop (surfen mit WLAN)	ja	nein