

Anmelde- und Gesundheitsfragebogen

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? _____

Ihre Nummer auf der Krankenversicherungskarte 807 _____

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?
Wenn ja, warum? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Nahmen Sie in den letzten Wochen regelmässig Medikamente ein?
Wenn ja, welche? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Nehmen Sie Antikoagulantien oder neigen Sie zu Blutungen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Leiden Sie an einem angeborenen oder erworbenen Herzfehler? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Ist ihr Blutdruck erhöht? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Hatten oder haben Sie folgende Krankheiten:
Asthma oder Allergien, Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus), epileptische Anfälle,
häufige Kopfschmerzen, Magen- Darmgeschwüre, Rheumatismus | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Hatten Sie je einen Unfall? _____
Sind bleibende Schäden daraus entstanden? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Tragen Sie Implantate im Körper (Metallimplantate, Herzschrittmacher, Organe etc.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Hatten Sie oder haben Sie Gelbsucht (Hepatitis) oder eine andere schwere Infektionskrankheit (AIDS, Tuberkulose usw.)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Hatten Sie je oder haben Sie eine andere ernsthafte Erkrankung?
Wenn ja, welche? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Patientinnen: Sind Sie schwanger? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Was ist der Grund Ihres Besuches? _____

CHI-ZENTRUM - Naturheilpraxis

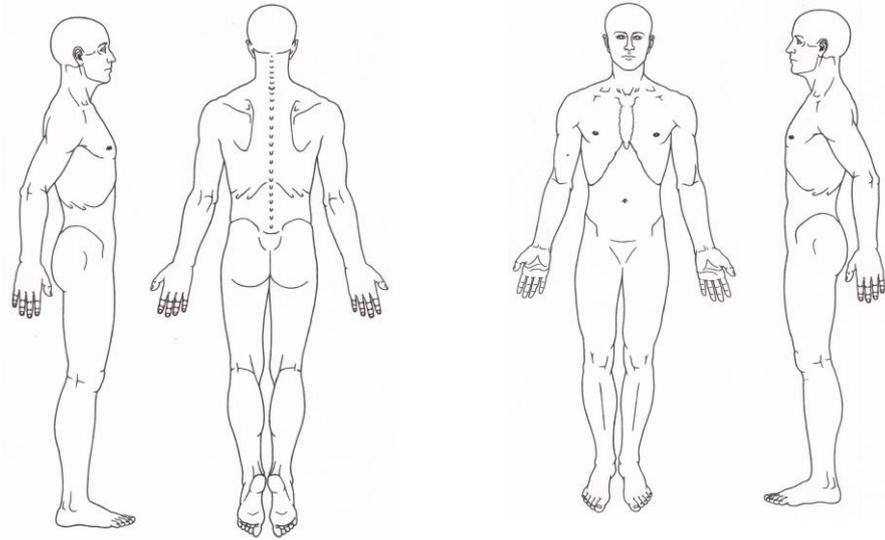
Bitte nennen Sie kurz Ihre Beschwerden in der Reihenfolge der Wichtigkeit:

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? _____

Je nach Thematik dauert eine durchschnittliche Sitzung ca. 1 bis 2 Stunden. Unser Grundtarif beträgt für 60 Minuten: CHF 150.-- abgerechnet nach Aufwand im 5 Minutentakt

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: _____