



Sigrun Laepple Haake
Gotthardstrasse 18
8800 Thalwil
mail:
Tel 076 377 65 87

eidgenössisch diplomierte Naturheilpraktikerin Ayurveda
kantonally approbierte Naturheilpraktikerin TEN
SVEB zertifizierte Dozentin
Medizinische Kurleitung Giardino Group

Gesundheitsfragebogen

Personalien

Name
Vorname
Strasse
PLZ/Ort
Land
Geburtsdatum
Zivilstand
Geschlecht
Telefonnummer
Mail Adresse
Beruf /Pensum
Grundversicherung
Zusatzversicherung
Hausarzt

Aktueller Gesundheitszustand:

Haben Sie irgendwelche gesundheitliche Probleme? () Ja () Nein

Falls ja, bitte in der Reihenfolge der Wichtigkeit aufführen:

1.
2.
3.

Bitte beschreiben Sie die Symptome Ihrer Hauptbeschwerden:

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Allgemeine Fragen

Gewicht

Grösse

Was ist der Grund Ihres Besuchs in meiner Praxis?

.....
.....

Was sind Ihre Erwartungen?

.....
.....

Wie sind Sie auf die SaMed Praxis gekommen?

.....
.....

Kennen Sie Ayurveda?

Ja Nein

Haben Sie Ayurveda Erfahrung als Patient/In?

Ja Nein

Haben Sie Ayurveda Kur Erfahrung?

Ja Nein

Falls ja, wo?

Haben Sie akute Beschwerden?

Ja Nein

Falls ja, welche und seit wann?

Nehmen Sie regelmässig schulmedizinische Medikamente ein?

Ja Nein

Falls Ja, welche und seit wann?

Nehmen Sie regelmässig Komplementärmedizinische Medikamente ein? Ja Nein

Falls Ja, welche und seit wann?

Nehmen Sie Nahrungsergänzungsmittel ein? Ja Nein
Falls Ja, welche und seit wann?

Hatten Sie Operationen? Ja Nein
Falls Ja, welche und wann?

Sind Sie Schwanger? Ja Nein
Falls ja, in welcher Woche?

Nehmen Sie Drogen oder haben Sie jemals Drogen genommen? Ja Nein
Wenn ja, welche?

Rauchen Sie oder haben Sie jemals geraucht? Ja Nein
Wenn ja, wieviel?

Trinken Sie Alkohol Ja Nein
wenn ja, wie oft und was?

Fragen zu Ernährung und Verdauung

Wie sind Ihre Essensgewohnheiten?

vegetarisch gelegentlich Fleisch und Fisch
regelmässig Fleisch und Fisch

Frühstück

Mittagessen

Abendessen

Eher warme Speisen

Eher kalte Speisen

Haben Sie Nahrungsmittelallergien oder – Unverträglichkeiten?

Wenn ja, welche?.....

Wie gut ist Ihr Appetit? sehr gut mittel schwach

Wie gut vertragen Sie Fett? gut mittelmässig gar nicht

Leiden Sie unter Blähungen? ja nein

Wie oft haben Sie Stuhlgang? 1x/Tag 2-3x/Tag

alle 2-3 Tage weniger als 2x/Woche

Wie ist er beschaffen? weich normal hart unregelmässig

Fragen zur Krankenvorgeschichte:

Hatten Sie bereits eine der folgenden Krankheiten? Wenn Ja, Wann bzw. seit wann?

- Schlafstörungen oder andere neurologische Krankheiten:
- Grüner Star, Glaukom:
- Nasen-Nebenhöhlenentzündungen:
- Schilddrüsenentzündungen:
- Lungen-, Rippenfellentzündungen, chronische Bronchitis:
- Asthma, Heuschnupfen:
- Tuberkulose (TBC):
- Hoher oder niedriger Blutdruck:
- Schlaganfall, Lähmungen:
- Herzinfarkt oder andere Herzkrankheiten:.....
- Durchblutungsstörungen, Oedeme:
- Krampfadern, Hämorrhoiden, Thrombose:
- Krankheiten der weiblichen Unterleibsorgane oder der Brüste:
- Magen- oder Zwölffingerdarmgeschwür:
- Verstopfung, Durchfall, Blutablagerungen im Stuhl:
- Gelbsucht, Leberkrankheiten:
- Gallensteine:
- Nieren-, Nierenbecken- oder Blasensteine:
- Krankheiten der Prostata / Schwierigkeiten beim Wasserlassen:
- Inkontinenz, Blasenentzündung:.....
- Epilepsie:
- Diabetes:
- Rheumatische Beschwerden / Arthrosen / Gicht:
- Hautprobleme:
- Blutarmut, Blutkrankheiten:

Krebs (einschl. Leukämie):

Depressionen oder andere psychische Krankheiten:

Allergien.....

Andere Krankheiten und Operationen:

Ansteckende Infektionskrankheiten wie z.B. HIV, Hepatitis B, etc.

.....

.....

Leiden Sie an sonstigen Beschwerden, die hier nicht aufgeführt sind? Ja Nein
Falls ja, an welchen und seit wann?

Hiermit bestätige ich, dass ich den Fragebogen wahrheitsgetreu ausgefüllt habe.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich die volle Verantwortung und Haftung übernehme.

Name

Datum

Unterschrift