



Gesundheitspraxis

René Bossert
Jurastrasse 15
5614 Sarmenstorf
056 / 610 51 39

Klienten Fragebogen für Männer

Die von Ihnen angegebenen Daten werden von mir selbstverständlich streng vertraulich behandelt.

Personalien

Name:	_____	Geburtsdatum:	_____
Vorname:	_____	Geburtszeit:	_____
Strasse:	_____	Geburtsort:	_____
PLZ / Ort:	_____	Beruf:	_____
Telefon Privat:	_____	Tätigkeit:	_____
Telefon Gesch.:	_____	Hobbies:	_____
Natel:	_____		_____
Email-Adresse:	_____		_____

Arzt / Krankenkasse

Hausarzt:	_____	Krankenkasse:	_____
Strasse:	_____		_____
PLZ / Ort:	_____	Zusatzversicherung:	_____
Telefon:	_____	(Komplementärmedizin)	_____
Email-Adresse:	_____		_____

Für eine individuelle Betreuung, die Auswahl der Therapiemethode, die Durchführung einer korrekten Behandlung und zu Ihrem eigenen Schutz brauche ich einige Angaben zu Ihrer Krankengeschichte und dem aktuellen Gesundheitszustand.

Aktuelles Gesundheitsproblem

Beschreiben Sie kurz den Grund ihres Besuches.

Ziel der Behandlung

Welche Erwartungen haben Sie an die bevorstehenden Behandlungen?



Allgemeine Fragen

	Ja	Nein
Waren Sie in den letzten 3 Monaten in ärztlicher Behandlung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>		
Hatten Sie in den letzten 6 Monaten eine Operation?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>		
Hatten Sie Unfälle mit bleibenden Folgen? (Schleudertrauma, Gelenkprobleme usw.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>		
Haben Sie Implantate im Körper? (Metallimplantate, Herzschrittmacher, Organe usw.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>		
Leiden Sie an einem angeborenen oder erworbenen Herzproblem?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Krankheiten

Leiden Sie an einem unten aufgeführten Problem / Krankheit?

	Ja	Nein
Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergien / Wenn Ja auf welche Substanz:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bluthochdruck (Hypertonie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwere Infektionskrankheit (AIDS, Hepatitis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Häufige Kopfschmerzen (Migräne)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verdauungsproblemen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zuckerkrankheit (Diabetes Mellitus)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anderes Problem / Krankheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Medikamente

	Ja	Nein
Nehmen Sie regelmässig Medikamente ein? / Wenn ja bitte alle aufführen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antikoagulantien (Blutverdünner)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere Medikamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

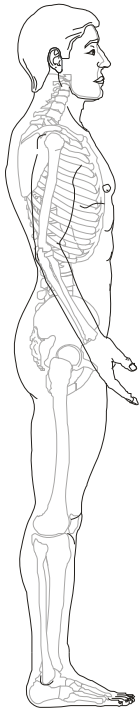


Weitere Angaben zum aktuellen Gesundheitsproblem

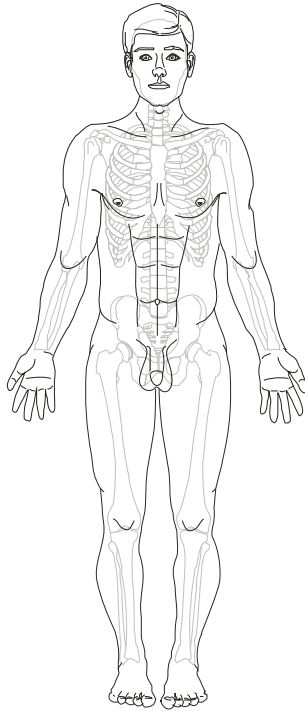
Nennen Sie kurz Ihre Beschwerden in der Reihenfolge der Wichtigkeit.

1. _____
2. _____
3. _____

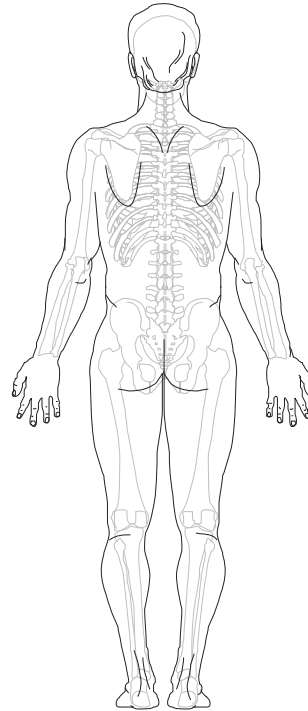
Bei Schmerzen zeichnen Sie bitte das Schmerzgebiet in die Abbildungen ein.



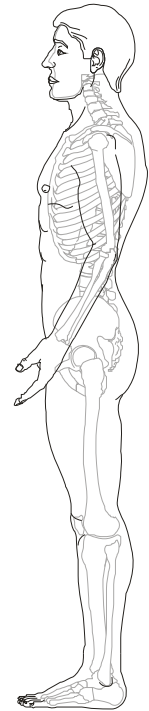
Rechte Körperseite



Körpervorderseite



Körperrückseite



Linke Körperseite

Waren Sie mit diesem Problem bereits beim Arzt / Therapeut und wenn ja wie wurden sie behandelt?

Was lindert das Problem / den Schmerz?

Was verschlechtert das Probleme / den Schmerz?

Gibt es Unterschiede im Tagesverlauf (Uhrzeit) in der Wahrnehmung des Problems / Schmerzes?

Wobei hindert Sie das Problem / der Schmerz am meisten?
