PATIENTENFORMULAR

|  |  |
| --- | --- |
| Name |  |
| Adresse |  |
| Emailadresse |  |
| Telefon |  |
| Geburtsdatum |  |
| Kinder ( +Jahrgang) |  |
| Zusatzversicherer |  |
| Hausarzt |  |
| Therapeut |  |

Was ist der Hauptgrund für deine Konsultation?

|  |
| --- |
|  |
|  |

Leidest du unter Allergien oder Unverträglichkeiten? Seit wann?

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

Hattest du Operationen?

Wenn ja, wann? Gab es Komplikationen?

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |

Nimmst du aktuell Medikamente? Wenn ja welche, wie oft? (auch Verhütungsmittel)

Oder Drogen? zB. Cannabis, Tabak, Kokain

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

Warst du bereits in homöopathischer Behandlung?

Bei wem, weshalb und welche Mittel hast du erhalten?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Familienvorgeschichte:

Welche Erkrankungen sind oder waren in deiner nahen Familie bekannt?

z.B: Krebs, Tuberkulose, Hautkrankheiten, Schuppenflechte, Neurodermitis, Migräne, Heuschnupfen, Geschlechtskrankheiten, Depression, Selbstmord, Alkoholismus, Süchte, Herzkrankheiten, Gefässkrankheiten, Bluthochdruck, Schlaganfall, Asthma, Diabetes, Rheumatismus, Gicht, Nieren oder Gallensteine, Leberkrankheiten, Magengeschwüre, Epilepsie, Multiple Sklerose, Parkinson, Malaria oder andere?

|  |  |
| --- | --- |
| Mutter |  |
| Vater |  |
| Grossvater mütterlicherseits |  |
| Grossmutter mütterlicherseits |  |
| Grossvater väterlicherseits |  |
| Grossmutter väterlicherseits |  |
| Geschwister |  |
|  |  |
|  |  |

Bitte bringe zur ersten Konsultation deinen Impfpass mit, falls du einen hast.

Diesen Fragebogen bitte per Mail senden an: [info@praxisaufdemberg.ch](mailto:info@praxisaufdemberg.ch)

oder zur Konsultation mitbringen