

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

Ihr aktuelles Gewicht _____ kg	Ihre Körpergrösse _____ cm	Zutreffendes ankreuzen	
		Ja	Nein
1. Waren Sie in den letzten 3 Monaten im Spital oder ambulant in ärztlicher Behandlung?		☐	☐
Wenn ja, warum? _____			
2. Nahmen Sie in den letzten Wochen regelmässig Medikamente ein?		☐	☐
Wenn ja, welche? _____			
3. Nehmen Sie Antikoagulantien oder neigen Sie zu Blutungen?		☐	☐
4. Leiden Sie an einem angeborenen oder erworbenen Herzfehler?		☐	☐
5. Ist ihr Blutdruck erhöht?		☐	☐
6. Hatten oder haben Sie folgende Krankheiten:			
Asthma oder Allergien, Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus), epileptische Anfälle,		☐	☐
häufige Kopfschmerzen, Magen- Darmgeschwüre, Rheumatismus		☐	☐
7. Hatten Sie je einen Unfall? _____		☐	☐
Sind bleibende Schäden daraus entstanden? _____		☐	☐
8. Tragen Sie Implantate im Körper (Metallimplantate, Herzschrittmacher, Organe etc.)		☐	☐
9. Hatten Sie oder haben Sie Gelbsucht (Hepatitis) oder eine andere schwere Infektionskrankheit (AIDS, Tuberkulose usw.)?		☐	☐
10. Hatten Sie je oder haben Sie eine andere ernsthafte Erkrankung?		☐	☐
Wenn ja, welche? _____			
11. Patientinnen: Sind Sie schwanger?		☐	☐

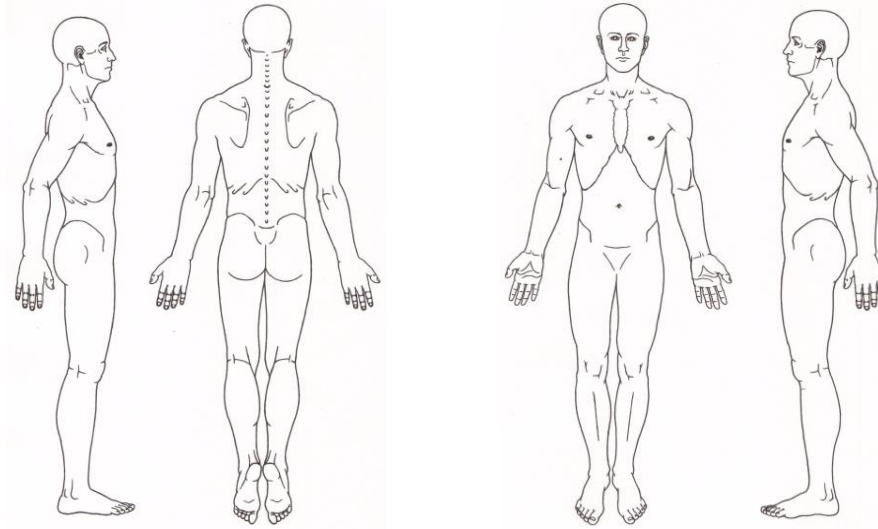
Was ist der Grund Ihres Besuches? _____

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 160.-- abgerechnet nach Aufwand im 5 Minutentakt. Telefonate, Berichte, Beratungen, Vor- und Nachbereitungen, Testungen, Therapien & Therapiekonzepte etc. werden gemäss Stunden-Ansatz nach Aufwand in Rechnung gestellt.

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: _____