

Bartenheimerstrasse 26
CH-4055 Basel
+41 (0)61 599 21 35
praxis@eQilibre.ch
www.eQilibre.ch

Gesundheitliche Fragen

Für die LBQi® Akupressur Behandlungen bin ich auf wichtige Informationen von Ihnen angewiesen. Selbstverständlich unterliegen alle Angaben dem Berufsgeheimnis.

Damit ich Sie optimal unterstützen kann, beantworten Sie bitte vollständig den nachfolgenden Fragebogen. Wenn Sie mehr Platz brauchen, können Sie die Hinterseite benützen. Ich danke Ihnen für Ihre Mitarbeit.

Name	Geburtsdatum	
Tragen Sie Kontaktlinsen?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Wurden Sie je operiert?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, wann, wo, warum?
<hr/>		
Haben Sie Narben?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, bitte separates Blatt ausfüllen
Waren Sie je hospitalisiert?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, wann und warum?
<hr/>		
Haben Sie über längere Zeit Medikamente eingenommen?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, welche?
<hr/>		
Nehmen Sie jetzt Medikamente ein? Auch nicht verordnete	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, welche?
<hr/>		
Nehmen Sie immer wieder Medikamente?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, welche?
<hr/>		
Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, wie viel und seit wann? _____
Haben Sie je geraucht?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, wie viel und wann? _____
Konsumieren Sie Drogen?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, welche und wie viel? _____
Haben Sie je Drogen konsumiert?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, welche und wann? _____
Konsumieren Sie Alkohol?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, was und wie viel? _____
Haben Sie je Alkohol konsumiert?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, was und wann? _____

Für Frauen

Sind Sie schwanger? Nein Ja, Geburtstermin am? _____
Waren Sie je schwanger? Nein Ja, wie oft und wann?

Haben Sie gynäkologische Beschwerden:
z. B. PMS oder Wechseljahre Nein Ja, welche

Hatten oder haben Sie Beschwerden/Krankheiten:

Bewegungsapparat
(Muskel, Bänder, Knochen) Nein Ja, welche?

Undefinierbare Schmerzen Nein Ja, welche?

Kopfweg/Migräne Nein Ja

Herz, Blutgefäße, Blutdruck Nein Ja, welche?

Stoffwechselstörungen, Blut Nein Ja, welche?

Verdauungsorgane Nein Ja, welche?

Atmungsorgane Nein Ja

Allergien/Unverträglichkeiten Nein Ja, welche?

Lebensmittel-Unverträglichkeit Nein Ja, welche?

Infektionskrankheiten, Viren, Pilze
Bakterien, Parasiten Nein Ja, welche?

Harn-, Geschlechtsorgane Nein Ja, welche?

Osteoporose Nein Ja

Gehör Nein Ja

Augen Nein Ja, welche?

Hauterkrankungen Nein Ja, welche?

Nagelerkrankungen Nein Ja, welche?

Nervensystem Nein Ja

Depressionen, Ängste Nein Ja, welche?

Sind Sie oder waren Sie aus anderen
Gründen in ärztlicher Behandlung
(körperlich oder psychisch) Nein Ja, welche?

Gibt es weitere wichtige, noch nicht erwähnte Informationen?

Behandelnde/r Arzt/Ärztin (Sofern nicht schon auf dem Anmeldeformular erwähnt)

Name Arzt/Aerztin

Tel

Strasse / Nr.

PLZ/Ort

Hiermit erkläre ich, die Fragen vollständig und wahrheitsgetreu beantwortet zu haben.

Ort/Datum

Unterschrift