

Questionario per l'anamnesi

Egredi pazienti!

Le indicazioni sulla sua persona e la sua cronologia medica contenute in questo questionario, servono a chiarire la natura della malattia. È quindi nel suo interesse rispondere in modo più completo possibile alle domande che le poniamo. Inoltre, in questo modo guadagnerà tempo prezioso che potrà essere usato per un colloquio o un possibile esame. *La invitiamo a crociare il quadratino corrispondente in modo chiaro. Naturalmente le sue risposte saranno sottoposte al segreto professionale medico. Grazie per la Sua collaborazione!*

Paziente

Nome	
Cognome	
Data di nascita	
Via	
CAP / Città	
Nazione	
Telefono	
E-mail	
Skype	

Dati paziente

Età	
Altezza	
Peso	
Sesso	

Formazione professionale	
Attività corrente	
Stato civile	
Nazionalità	
Figli (età)	
Come desidera essere curata/o?	☐ Ambulante ☐ Soggiorno in clinica
In quale periodo vorreste venire?	A partire da: ☐ 1 settimana ☐ 2 settimana ☐ 3 settimana
Cassa malati di base:	
Numero di assicurazione:	
Cassa malati complementare:	
Numero di assicurazione:	
Desidera un preventivo dei costi?	☐ Si ☐ No

Anamnesi medica

Quali sono le malattie note nella sua famiglia (madre, padre, fratello, sorella)?

Qual è il suo problema principale (indichi diagnosi a lei note e sintomi principali) da quando ne soffre?

Quali altri disturbi o dolori gravi la affliggono? Indichi la posizione e gli intervalli di tempo.

Quali malattie infettive ha avuto, o le sono note? Es. varicella, rosolia, mononucleosi infettiva...	
Allegghi una copia del suo libretto delle vaccinazioni o indichi qui le vaccinazioni eseguite.	
È vaccinato/a contro il Covid ?	☐ Sì ☐ No
Che vaccino è stato iniettato?	
Quando ha eseguito la vaccinazione ?	Prima dose: Seconda dose:
Ci sono state complicazioni ?	☐ Sì ☐ No
Se sì, quali ?	Prima dose: Seconda dose:

Ha allergie note?	
Quali farmaci assume?	
Ha subito operazioni?	
Come si sente psicologicamente?	☐ Equilibrata/o ☐ Tesa/o ☐ stressata/c
Qual è il suo ciclo di sonno ? Quante ore dorme ?	
Qual è il suo gruppo sanguigno ?	☐ A+ ☐ A- ☐ B+ ☐ B- ☐ O+ ☐ O- ☐ AB+ ☐ AB-

Dieta / Digestione

Che dieta segue?	☐ Cucina casalinga con pesce e carne Molto ricco di sostanze vitali (abbastanza frutta e verdure, carne, pesce 1-2 volte a settimana) ☐ Cucina vegetariana, senza pesce e carne ☐ Cucina vegana
Ci sono alimenti che non tollera?	
Quanto spesso alla settimana fa spuntini?	
Quanto spesso alla settimana beve alcol?	
Quanto spesso assume integratori alimentari?	
Quanti litri d'acqua beve al giorno ?	

Quale altre bevande assume ? Quanto spesso ?	
Quanto spesso avviene la defecazione e con che consistenza?	☐ Consistenza normale ☐ Molto dura ☐ Densa ☐ Liquida
Soffre di flatulenza	☐ Poco ☐ Mediamente ☐ Tanto

Denti

Possiede una panoramica dentale recente (OPT)? (Vi chiediamo gentilmente di portarla per la diagnosi olistica.)	☐ Sì (data)? ☐ No
Ha o ha avuto delle otturazioni in amalgama?	☐ Sì ☐ No
Se sì, quando sono stati rimossi?	
I metalli pesanti sono stati rimossi dal corpo ?	☐ Sì ☐ No
Se sì, con cosa e per quanto tempo ?	

SWISS MOUNTAIN CLINIC offerte delle settimane speciali

In caso desideri sfruttare le offerte, croci la settimana corrispondente:

- ☐ Settimana intensiva - controllo della salute
- ☐ Settimana intensiva - disintossicazione del fegato
- ☐ Settimana di rafforzamento immunitario
- ☐ Settimane intensiva - disintossicazione dai metalli pesanti
- ☐ Settimana intensiva - rigenerazione
- ☐ Settimana intensiva - burn-out
- ☐ Settimana intensiva - terapia del dolore
- ☐ Settimana intensiva - guarigione rapida
- ☐ Programma Phoenix

Come ha saputo di noi?

- ☐ Su suggerimento di:
- ☐ Stampa:
- ☐ Internet:
- ☐ Newsletter:
- ☐ Pubblicità:
- ☐ Altro:

Please note that the processing of your questionnaire, possible findings and reports on your clinical picture and the preparation of your personal treatment plan will require medical workingtime in your absence. We charge for this in accordance with the T590 for complementary medical services under tariff number 1200 (anamnesis / examination / diagnostics / diagnostic findings) with CHF 20.83 for each started period of 5 minutes. By sending us your personal documents, you also agree to our rates. Detailed information about our rates can be found on our website.

With my signature, I accept and confirm that I have understood the tariff information.

Place & Date /
Signature

Thank you for your effort,
Your Swiss Mountain Clinic Team