

Questionnaire antécédents médicaux

Très chère patiente, très cher patient !

Les renseignements fournis dans ce questionnaire sur vous-même et sur vos antécédents médicaux ou vos troubles permettent d'apporter des éclaircissements sur votre pathologie ou sur votre syndrome. Il est dans votre intérêt de répondre aux questions aussi exhaustivement que possible. Ceci représente également un gain de temps judicieux en vue d'un entretien ou d'un examen nécessaire. *Veuillez cocher nettement les cases correspondant à chaque question. Vos réponses sont naturellement soumises au secret médical. Merci beaucoup pour votre coopération.*

Patient

Prénom	
Nom	
Date de naissance	
Rue	
Code Postal / Ville	
Pays	
Téléphone	
E-mail	
Skype	

Données

Age	
Taille	

Poids	
Sexe	
Formation professionnelle	
Activité actuelle	
État civil	
Nationalité	
Enfants (âge)	

Données de patient

Quel mode de traitement souhaitez-vous ?	☐ Ambulatoire ☐ En clinique
Pour quelle période souhaitez-vous venir?	À partir du (jj/mm/aaaa) ☐ une semaine ☐ 2 semaines ☐ 3 semaines
Caisse maladie pour l'assurance de base:	
Numéro d'assurance:	
Caisse maladie pour l'assurance complémentaire:	
Numéro d'assurance:	
Désirez-vous une estimation des frais pour l'assurance ?	☐ Oui ☐ Non

Antécédents personnels

Quelles sont les maladies connues dans votre famille ? (Mère, Père, Frère, Soeur)

Quel est votre problème principal (citez vos principaux symptômes et les diagnostics connus) et depuis quand en souffrez-vous?

Souffrez-vous d'autres troubles ou fortes douleurs? Indiquez l'emplacement et la périodicité.

De quelles maladies infectieuses avez-vous souffert, à votre connaissance ? Par exemple: Varicelle, rubéole, fièvre glandulaire.	
Veuillez joindre une copie de votre certificat de vaccination ou informez-nous ici des vaccins que vous avez reçus.	
Avez-vous été vacciné contre le Covid ?	☐ Oui ☐ Non
Quel vaccin a été utilisé ?	
Quand la vaccination a-t-elle eu lieu ?	1ère dose : 2ème dose :
Y a-t-il eu des complications ?	☐ Oui ☐ Non
Si oui, lesquelles ?	1ère dose : 2ème dose :

Avez-vous des allergies? Si oui, lesquelles?	
Quels sont les médicaments que vous prenez ?	
Avez-vous subi des opérations ?	
Comment vous sentez-vous psychologiquement ?	☐ équilibré ☐ tendu ☐ stressé
Quel est votre rythme de sommeil ? Combien d'heures de sommeil avez-vous ?	
Quel est votre groupe sanguin ?	☐ A+ ☐ A- ☐ B+ ☐ B- ☐ O+ ☐ O- ☐ AB+ ☐ AB-

Alimentation / Digestion

Quel régime alimentaire suivez-vous ?	☐ Préparations maison avec viande et poisson Riche en substances vitales (suffisamment de légumes et de fruits, de viande, de poisson 1 à 2 fois par semaine) ☐ Végétarien/ne ☐ Végétalien/ne
Y a-t-il des aliments que vous ne supportez pas?	
Combien de fois grignotez-vous par semaine ?	
Combien de fois consommez-vous de l'alcool par semaine ?	
Quels sont les compléments alimentaires que vous prenez et à quelle fréquence ?	
Combien de litres d'eau buvez-vous par jour ?	
Quelles boissons consommez-vous et en quelle quantité ?	

A quelle fréquence déféquez-vous ? Avec quelle consistance ?	☐ Forme normal ☐ Très dur ☐ Molle ☐ Contenant de l'eau
Souffrez-vous de flatulences ?	☐ Peu ☐ Modéré ☐ Fort

Dents

Avez-vous une radiographie panoramique dentaire (OPT) ? (Dans le contexte d'un diagnostic holistique, nous vous demandons d'apporter cette image avec vous).	☐ Oui, daté de? ☐ Non
Avez-vous ou avez-vous eu des plombages en amalgame ?	☐ Oui ☐ Non
Si oui, quand ont-ils été retirés ?	
Les métaux lourds ont-ils été éliminés de l'organisme ?	☐ Oui ☐ Non
Si oui, avec quoi et pendant combien de temps?	

SWISS MOUNTAIN CLINIC Semaines spéciales et programmes

Si vous souhaitez bénéficier de l'une de ces offres, veuillez cocher la semaine correspondante :

- ☐ Bilan de santé – semaine intensive
- ☐ Détoxification du foie – semaine intensive
- ☐ Renforcement du système immunitaire – semaine intensive
- ☐ Désintoxication des métaux lourds – semaine intensive
- ☐ Régénération – semaine intensive
- ☐ Burn-Out – semaine intensive
- ☐ Thérapie de la douleur – semaine intensive
- ☐ Jeûne – semaine intensive
- ☐ Programme Phoenix

Comment avez-vous entendu parler de nous?

- ☐ Recommandation de:
- ☐ Presse:
- ☐ Internet:
- ☐ Newsletter:
- ☐ Publicité:
- ☐ Autre:

Veuillez noter qu'avec le traitement de votre questionnaire, les conclusions et rapports éventuels sur votre tableau clinique ainsi que la préparation de votre proposition de traitement personnel nécessitent du temps de travail médical en votre absence. Nous facturons ce temps conformément au T590 pour les services médicaux complémentaires selon le numéro de tarif 1200 (anamnèse / examen / diagnostic / diagnostic) à 20,83 Sfr pour chaque période commencée de 5 minutes. En nous envoyant vos documents personnels, vous acceptez également nos tarifs. Vous trouverez des informations détaillées sur nos tarifs sur notre site Internet.

Par ma signature, j'accepte et je confirme que j'ai compris les informations tarifaires.

Lieu & date /
signature

Merci pour votre effort,
L'équipe de la Swiss Mountain Clinic