

Gesundheitsfragebogen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

Die Angaben zu Ihrer Person und Krankenvorgeschichte auf diesem Patientenfragebogen dienen der Klärung Ihres Krankheits- oder Beschwerdebildes. Eine möglichst vollständige Beantwortung der Fragen, um die wir Sie bitten, ist in Ihrem Interesse. Zudem wird hiermit Zeit gewonnen, die für ein Gespräch oder eine notwendige Untersuchung sinnvoll genutzt werden kann.

Bitte kreuzen Sie das jeweils zutreffende Kästchen deutlich an oder tragen Sie Ihre Daten im blauen Feld ein. Ihre Antworten unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht. Vielen Dank für Ihre Mitwirkung!

Kontaktdaten

Vorname	
Nachname	
Strasse	
PLZ / Ort	
Land	
Telefon	
Email	
Skype	

Personendaten

Geburtstag	
Größe	
Gewicht	
Geschlecht	
Berufsausbildung	

Aktuelle Tätigkeit	
Familienstand	
Staatsangehörigkeit	
Kinder (mit Alter)	

Patientendaten

Für welchen Zeitraum möchten Sie kommen?	Ab Datum:
	Tage
	☐ 1 Woche
	☐ 2 Wochen
	☐ 3 Wochen
Krankenkasse für Grundversicherung:	
Versicherten- oder Kundennummer:	
Krankenkasse für Zusatzversicherung:	
Versicherten- oder Kundennummer:	
Kostenvoranschlag für Versicherung gewünscht?	☐ Ja ☐ Nein

Notfallkontakt

Name	
Adresse	
Telefonnummer	
E-Mail	

Krankengeschichte

Welche Erkrankungen sind in Ihrer Familie bekannt? (Mutter, Vater, Bruder, Schwester)

--

Welches ist Ihr Hauptproblem und seit wann leiden Sie darunter? (bitte nennen Sie die Ihnen bekannten Diagnosen und Ihre Hauptsymptome)

--

Welche Beschwerden oder schweren Schmerzen belasten Sie zusätzlich? Bitte geben Sie die Lokalisation und Zeitintervalle an.

--

Welche Infektionskrankheiten haben Sie durchgemacht, bzw. sind Ihnen bekannt? z.B. Windpocken, Röteln, Pfeiffersches Drüsenfieber, etc.	
Bitte legen Sie eine Kopie Ihres Impfpasses bei oder teilen Sie hier Ihre durchgeführten Impfungen mit.	
Sind Sie gegen Covid geimpft?	☐ Ja ☐ Nein
Welcher Impfstoff wurde verwendet?	
Wann erfolgten die Impfungen?	
Gab es Komplikationen?	☐ Ja ☐ Nein
Wenn ja, welche?	

Gibt es bekannt Allergien?	
Welche Medikamente nehmen Sie ein?	
Hatten Sie Operationen?	
Hatten Sie einen Unfall mit Schleudertrauma?	☐ Ja ☐ Nein
Wie erleben Sie sich psychisch?	☐ ausgeglichen ☐ angespannt ☐ stressbelastet
Wie ist Ihr Schlafverhalten? Wie viele Stunden schlafen Sie durch?	
Was ist Ihre Blutgruppe?	☐ A+ ☐ A- ☐ B+ ☐ B- ☐ O- ☐ O+ ☐ AB+ ☐ AB-

Ernährung / Verdauung

Wie ernähren Sie sich?	☐ Hausmannskost mit Fisch und Fleisch ☐ Sehr vitalstoffreich (ausreichend Obst und Gemüse, Fleisch, Fisch 1-2 x die Woche) ☐ Vegetarisch ☐ Vegan
Gibt es Nahrungsmittel, die Sie nicht vertragen?	
Wie oft naschen Sie pro Woche?	
Wie oft trinken Sie Alkohol pro Woche?	
Welche Nahrungsergänzungsmittel nehmen Sie ein – und wie oft?	
Wie viele Liter Wasser trinken Sie am Tag?	

Welche Getränke trinken Sie zusätzlich und wie viel?	
Wie oft haben Sie am Tag Stuhlgang, mit welcher Konsistenz?	☐ Normal geformt ☐ sehr fest ☐ breiig ☐ wässrig
Leiden Sie unter Blähungen?	☐ wenig ☐ mittel ☐ stark

Zähne

Besitzen Sie eine aktuelle Zahnpanoramaaufnahme (OPT)? (Im Rahmen einer ganzheitlichen Diagnose bitten wir Sie, diese Panoramaaufnahme mitzubringen.)	☐ Ja, von wann? ☐ Nein
Haben Sie Amalgamfüllungen?	☐ Ja ☐ Nein
Wenn Sie Amalgamfüllungen hatten, wann wurden diesen entfernt?	
Wurden die Schwermetalle aus dem Körper ausgeleitet?	☐ Ja ☐ Nein
Wenn ja, womit und wie lange?	

Sonstiges

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?	☐ Empfehlung von:	
	☐ Presse:	
	☐ Internet:	
	☐ Newsletter:	
	☐ Werbung:	
	☐ Sonstige:	

Intensivwochen Pakete

Unsere Intensivwochen sind Pakete aus bewährten Therapie Kombinationen. Falls Sie ein solches Paket zum Vorteilspreis nutzen möchten, kreuzen Sie bitte die entsprechende Woche an:

- ☐ Gesundheitscheck-Intensivwoche (7 Tage)
- ☐ Leberentgiftung-Intensivwoche (7 Tage)
- ☐ Immunstärkungs-Intensivwoche (7 Tage)
- ☐ Schwermetallausleitung-Intensivwoche (7 Tage)
- ☐ Regenerations-Intensivwoche (7 Tage)
- ☐ Parasitendetox-Intensivwoche (7 Tage)
- ☐ Burn-Out-Intensivwoche (7 Tage)
- ☐ Schmerztherapie-Intensivwoche (7 Tage)
- ☐ Heil-Fasten-Intensivwoche (7 Tage)
- ☐ Phoenix Programm (21 Tage)

Falls Sie einen individuellen Therapieplan wünschen, werden wir Ihnen diesen gern auf Basis Ihrer Angaben im Gesundheitsfragebogen erstellen. Sie erhalten dann im Nachgang eine entsprechende Offerte.

Ich bin mit der Verarbeitung meiner Gesundheitsdaten einverstanden. Selbstverständlich unterliegen diese absoluter Diskretion und werden lediglich für medizinische Zwecke gespeichert.

Ort & Datum		
Unterschrift		

Herzlichen Dank für Ihre Mühe,
Ihr Swiss Mountain Clinic Team