

Naturheilpraxis

Gabriele Berchtold, dipl. Naturheilpraktikerin NVS/EMR

Fragebogen zum Gesundheitszustand

Um eine individuelle Therapie für Sie abstimmen zu können, benötige ich noch einige Angaben über Ihren Gesundheitszustand. Bitte beantworten Sie die untenstehenden Fragen deshalb sorgfältig und vollständig:

	JA	NEIN
Hatten Sie Operationen, Unfälle oder sonstige Spitalaufenthalte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn JA, wann, welche? _____ _____		
Nehmen Sie Medikamente (auch Aufbaumittel, Vitamine etc.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn JA, welche? _____ _____		
Haben Sie Blutgerinnungsstörungen, z.B. zu langen Blüten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist Ihr Blutdruck erhöht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist Ihr Blutdruck niedrig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie folgende Krankheiten oder Beschwerden:		
• Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Heuschnupfen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Zuckerkrankheit (Diabetes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Epileptische Anfälle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Häufige Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Magen- und Darmgeschwüre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Rheumatismus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Gelenkbeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Nieren - oder Blasenbeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Hautprobleme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Irgendwelche Allergien, ungewöhnliche Reaktionen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn JA, welche? _____		
Sind in Ihrer Familie erbliche Krankheiten bekannt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn JA, welche? _____		
Hatten Sie je oder haben Sie Gelbsucht (Hepatitis) oder eine andere ernsthafte Infektionskrankheit (HIV, Tuberkulose, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Amalgamfüllungen oder Implantate?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Könnte derzeit eine Schwangerschaft vorliegen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nehmen Sie die Antibaby-Pille?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>