

# Fragebogen zur Krankengeschichte

Falls Überweisung, Adresse von Arzt oder Therapeut:

**Anmeldung zur Spezialbehandlung:**

Check-up

Ihre Angaben auf diesem Bogen können für Ihre Therapien wichtig sein. Nehmen Sie sich daher genügend Zeit und beantworten Sie die Fragen vollständig. Sollte der Platz nicht ausreichen, legen Sie bitte ein Ergänzungsblatt bei. Ihre Antworten dienen ebenso dazu, die Untersuchungen bei der Erstkonsultation zu planen.

**Anrede**     Frau     Herr

**Patienten-Nr.** (wird durch uns ausgefüllt)

**Name**

Familie (bei Kinder unter 18 Jahren)

**Vorname**

**Geburtsdatum**

**Wohnadresse\***

\*für sämtliche Korrespondenz und Warenlieferungen

**Land/PLZ/Ort**

**Telefon tagsüber**

**Mobile**

**Telefon Privat**

**Telefon Geschäft**

**Telefax Privat**

**Telefax Geschäft**

**E-Mail**

→ **Sonst. Kontakt**

**Zivilstand**

**Beruf**

**Kinder** (Anzahl, Geschlecht, Jahrgang)

**Besitzen Sie ein Zahnrontgenbild (OPT)?**

Ja     Nein

**Kontaktperson im Notfall**

(Name, Adresse und Telefonnummer)

<b>Bei welcher Krankenkasse sind Sie grundversichert?</b>	<b>Bei welcher Krankenkasse haben Sie eine Zusatzversicherung?</b>
Name	Name:
PLZ/Ort	PLZ/Ort:
Versicherungs-Nr.	Versicherungs-Nr.

↓ Diese Spalte bitte leer lassen. ↓

**1. Welches ist Ihr Hauptproblem?**

**2. Was haben Sie zurzeit noch für andere Krankheiten und Symptome?**

**3. Welche Krankheiten, Operationen und Unfälle haben Sie in Ihrem Leben bereits durchgemacht?** (Bitte chronologisch angeben)

**4. Welche familiären Krankheiten oder Störungen bestehen?**

**5. Welchen Belastungen sind Sie durch Ihr soziales Umfeld ausgesetzt (Psychischer Stress usw.)?  
Sind Sie elektromagnetischen oder anderen Hausbelastungen ausgesetzt? Wenn ja, welchen?**

**6. Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit? (biologische und chemische)**

**Größe in cm**

---

**Gewicht in kg**

---

**Zutreffende Punkte bitte ankreuzen und eventuell kurz beschreiben.**

	<u>normal</u>	<u>zu wenig</u>	<u>zu viel</u>	<u>Bemerkungen</u>
1. <u>Appetit / Durst</u>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
2. <u>Verdauung / Stuhlgang</u>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
3. <u>Körperliche Bewegung</u>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

	<u>nein</u>	<u>ja</u>	<u>Bemerkungen</u>
4. <u>Schlafstörungen</u>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<hr/>
5. <u>Zahnprobleme</u>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<hr/>
6. <u>Haben Sie Amalgamfüllungen?</u>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<hr/>
7. <u>Haben Sie wurzelbehandelte Zähne?</u>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<hr/>
8. <u>Herzbeschwerden / Herzleiden</u>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<hr/>
9. <u>Atemnot, Asthma</u>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> *	<hr/>
10. <u>Unruhe, Konzentrationsstörungen, Müdigkeit</u>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> *	<hr/>
11. <u>Störungen im Blasen- und Genitalbereich</u>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> *	<hr/>
12. <u>Erbrechen, Übelkeit, Blähungen</u>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> *	<hr/>
13. <u>Rückenprobleme, Gelenkprobleme</u>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> *	<hr/>
14. <u>Haben Sie Schwierigkeiten mit Treppensteigen?</u>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<hr/>
15. <u>Benötigen Sie einen Rollstuhl?</u>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<hr/>
16. <u>Allergien</u>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> *	<hr/>
17. <u>Psychische Probleme</u>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<hr/>
18. <u>Essen Sie Diät?</u>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<hr/>

\* Falls ja, welche? (Bitte unter Bemerkungen eintragen.)

**19. Wie sind Ihre Rauchgewohnheiten?**

**20. Wie ist Ihr Alkoholkonsum?**

**21. Ganzheitliche Behandlung Körper-Seele-Geist**

Wir behandeln immer den ganzen Menschen und haben eine eigene Abteilung für energetische Therapien . Für einen optimalen Therapie-Erfolg kann es von zentraler Bedeutung sein, auch emotionale/seelische/energetische Faktoren mit zu behandeln.

Möchten Sie das?     Ja     Nein

Falls Ja, haben Sie hier die Möglichkeit, nähere Angaben zu machen:

**22. Bei welchen Ärzten sind Sie zurzeit in Behandlung?**

**23. Durch wen haben Sie von uns erfahren?**

**Senden Sie uns dieses Formular bitte komplett ausgefüllt und unterzeichnet per Post, Fax oder E-Mail zurück.**

Biologische Tagesklinik Dr. Rupp

Kasernenstr. 30

9100 Herisau

E-Mail: [info@biologische-tagesklinik.ch](mailto:info@biologische-tagesklinik.ch)

Sie werden innerhalb von 10 Arbeitstagen von uns bezüglich einer Terminvereinbarung kontaktiert. Sie benötigen für Ihre Anmeldung nicht zwingend eine ärztliche Überweisung. Falls dennoch eine vorhanden ist, legen Sie diese bitte bei.

**Wir bitten Sie im Weiteren alle Befunde oder Röntgenbilder zur Erstkonsultation mitzubringen.**

Herzlichen Dank und beste Grüße

Das Team der Biologischen Tagesklinik Dr. Rupp