

Kontraindikations-Check Fragebogen

Name: _____ Vorname: _____

Email: _____ Telefon: _____

Geburtsdatum: _____

Der Fragebogen dient der strukturierten Erforschung Ihrer Krankheitsgeschichte. Füllen Sie den Fragebogen bitte genau und gründlich aus! Flüchtig ausgefüllte Fragebögen sind leider nicht hilfreich und erschweren eine homöopathische oder psychologische Behandlung.

Senden Sie uns den Fragebogen bitte noch vor der Behandlung via Email ausgefüllt retour.

Lesen Sie jeden Satz bitte einzeln durch und fragen Sie sich, ob dieses Thema sie jemals betroffen hat. Auch frühere Beschwerden und Symptome sind wichtig. Alle Fragen beziehen sich auf das ganze Leben.

Ihre Angaben in dem ausgefüllten Fragebogen unterliegen in unserer Praxis der Schweigepflicht und den DSGVO Vorgaben.

Fragen über folgende Krankheitsbilder:

Begründung für Aufsuchung der Behandlung.....Seite 2

Die eigene Vorgeschichte.....Seite 3

Allgemeine Symptomatik.....Seite 4

- Erholung/Schlaf
- Psychische Verfassung/Gemüt

1. Welche Beschwerden führen Sie in unsere Behandlung?

z. B.

- wo treten die Beschwerden auf, wohin erstrecken sie sich?
- wann (Uhrzeit Tag), seit wann (Beginn), wie lange (Dauer)?
- Wie tritt der Schmerz auf (Art der Schmerzen, Aussehen)?
- zu welcher Zeit (periodisch, Monat, Jahreszeit)?
- wodurch besser oder schlechter?
- Mögliche Ursachen/Auslöser bekannt?

Sind von Krankenhäusern, Ärzten oder Heilpraktikern schon Diagnosen gestellt worden? Ja Nein
Wenn ja, welche: _____

2. Ihre Vorgeschichte

Nehmen Sie zurzeit Rezeptpflichtige Medikamente? Ja Nein

Wenn ja, welche: _____

Sind Sie Schwanger? Ja Nein

Wenn ja in welchem Monat: _____

Befinden Sie sich zurzeit in einer Burn-Out Wiederaufbauphase? Ja Nein

Ja, seit: _____

Befinden Sie sich zurzeit, oder litten Sie früher an einer langwierigeren Depression? Ja Nein

Ja, seit: _____

Leiden Sie an einer neurologischen oder Systemerkrankung? (z.B. Epilepsie, Multiple Sklerose etc)

Ja Nein

Wenn ja, welche: _____

Haben Sie eventuelle chronische Schmerzen? Ja Nein

Wenn ja, welche: _____

Leiden Sie an Rücken-, oder Bandscheibenschmerzen, oder sonstige Krankheiten im Rückenbereich?

Ja Nein

Wenn ja, welche und seit wann: _____

Sind Sie in einer Form Sprech-, Hör-, oder Gehbehindert? Ja Nein

Wenn ja, welche: _____

Leiden Sie an einer akuten Erkrankung des Innenohres? Ja Nein

Wenn ja, welche: _____

Haben Sie etwaige Allergien? Ja Nein

Wenn ja, welche: _____

Konsumieren Sie regelmässig Drogen? Ja Nein

Rauchen Sie?

Nein

Nicht mehr seit: _____

Ja, bin Kettenraucher

Ja, nur ab und zu

Kürzlich damit angefangen, seit: _____

Ich versuche es zu beenden

3. Allgemeine Symptomatik

Erholung – Schlaf

Bitte zutreffendes unterstreichen:

Wie schlafen Sie? z.B. gut, schlecht, kann nicht einschlafen, nicht durchschlafen, regelmäAndere: _____

Psychische Verfassung/Gemüt

Sind Sie zurzeit bereits parallel in einer psychiatrischen oder psychologischen Behandlung? Ja Nein
Wenn ja, welche: _____

Leiden Sie an einer Psychose? (z.B. Schizophrenie, Panikattacken, Zwangsnurosen, Akute Psychose)

Ja Nein

Wenn ja, welche: _____



-liches Dankeschön für Ihre Zeit und Mitarbeit

*Auszufüllen durch Berater*in / Therapeut*in*

Behandlungsform: _____

Kontraindikationen vorhanden:

Nein

Ja: _____

Notizen: