

Kontraindikations-Check Fragebogen

Name: _____ Vorname: _____

Email: _____ Telefon: _____

Geburtsdatum: _____

Der Fragebogen dient der strukturierten Erforschung Ihrer Krankheitsvorgeschichte. 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 Heilpraktiker 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, regelmäßiges Erwachen zu bestimmter Stunde, Schlafwandeln, ruhig, unruhig, aufschreien, reden, hochliegend, flach, Rücken, Bauch links, rechts, sitzend, kniend, Knie-Ellenbogen-Lage, ausgestreckt, zusammengerollt, zugedeckt, abgedeckt, Füße zu warm, Füße herausgestreckt, kalte Füße, frieren im Schlaf, schwitzen im Schlaf, Zähneknirschen
Andere: _____

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, Zwangsneurosen, 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: