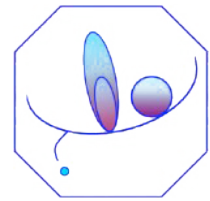


Fragebogen Krankheiten



Name, Vorname

Geburtsdatum

	Hatten <u>Sie</u> eine dieser Krankheiten?	in Ihrer Familie?
Angina pectoris / Herzinfarkt	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Asthma, Allergien	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Bronchial -, Lungenerkrankungen	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Ekzeme, Hauterkrankungen	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Gallen-, Nierensteine	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Gelbsucht, Lebererkrankungen	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Heuschnupfen	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Herzrhythmusstörungen	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Magen -, Darmerkrankungen	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Nieren -, Blasenkrankheiten	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Rheuma / Arthrose / Gicht	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Schilddrüsenüberfunktion/ -unterfunktion	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Schlaganfall, Lähmung	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Venenleiden	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Zuckerkrankheit	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein

Nehmen Sie Medikamente? ja nein

Falls ja, welche?

Hatten Sie Operationen / Unfälle / Eingriffe? ja nein

Falls ja, welche?

Haben Sie Allergien? ja nein

Falls ja, welche?

Leiden Sie unter Verdauungsbeschwerden? ja nein

Falls ja, welcher Art?

Leiden Sie unter Rückenschmerzen / Kopfschmerzen? ja nein

bitte wenden

Rauchen Sie? Falls ja, wieviel pro Tag? O ja O nein

Trinken Sie Alkohol? Wieviel? O ja O nein

Tragen Sie eine Brille / Kontaktlinsen / Hörgerät? O ja O nein

Haben Sie einen Herzschrittmacher? O ja O nein

Wie ist Ihr Blutdruck-Wert? O weiss nicht O normal O hoch O tief

Haben Sie Zahnfüllungen? O ja O nein
 (Falls ja, kennzeichnen Sie diese bitte auf Blatt 3)

Frauen:

Besteht eine Schwangerschaft? Woche O ungewiss O nein

Schwangerschaften; wie viele?

Geburten; wann?

Wie ist Ihre Menstruation?

.....

Nehmen Sie die Pille oder andere Hormonpräparate? O ja O nein

Beziehung Mutter:

Beziehung Vater:

Beziehung heute zur übrigen Familie:

Welche Kinderkrankheiten hatten Sie?

eigene Pubertät:

Ab wann haben Sie Kindheitserinnerungen?

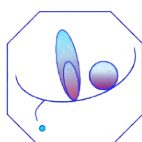
Hatten Sie körperliche / psychische Schockerlebnisse?

Zufriedenheit am Arbeitsplatz:

persönliches Ziel:

Datum:

Unterschrift:



Praxis für Naturheilkunde
 Nomita Chatterjee
 Brunnenstr. 21
 8610 Uster
 Tel. 076 536 38 77

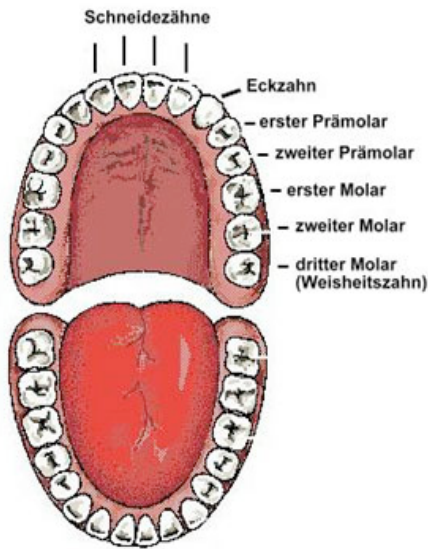
Zähne

Name, Vorname Geburtsdatum

Haben Sie Zähne die Füllungen haben, Implantate sind oder wurzelbehandelt wurden?
Bitte kennzeichnen Sie die entsprechenden Zähne.

Zur Erklärung:

- Zahn 1 und 2 wären die vorderen Schneidezähne, Zahn 3 ist der Eckzahn usw.
- Links wäre Ihre linke Körperseite



Oberkiefer	
links	rechts
8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8

8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8
links	rechts
Unterkiefer	

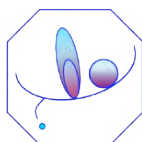
Bitte ankreuzen:

Zahnfüllmaterial: Gold Amalgam Kunststofffüllung (z.B. Komposit)

Sonstiges:

.....

.....



Praxis für Naturheilkunde
Nomita Chatterjee
Brunnenstr. 21
8610 Uster
Tel. 076 536 38 77