



Name: ..... Geburtsdatum: .....

Adresse: .....

Telefon: ..... Email: .....

Krankenkasse / Zusatzversicherung: .....

Grund der Kontaktaufnahme (z.B. Schmerzen, Stress usw.)

.....  
.....

Wie, wann und wo machen sich Beschwerden bemerkbar?

.....  
.....

Was verschlimmert und was verbessert ihre Beschwerden?

.....  
.....

Haben Sie Allergien? (Heuschnupfen, Lebensmittel, allergische Reaktionen auf Medikamente) Wie und wann treten diese auf?

.....  
.....

Nehmen Sie im Moment Medikamente? Falls ja, welche?

.....  
.....

Hatten Sie sonst noch Krankheiten (auch Kinderkrankheiten), Beschwerden, Unfälle, Operationen?

.....  
.....

Welche Krankheiten sind Ihnen in Ihrer Familie bekannt?  
(Eltern, Grosseltern, Geschwister)

.....  
.....

Ernährungsgewohnheiten: wie ernähren Sie sich?

.....  
.....

Was essen Sie am liebsten und was mögen Sie gar nicht?

.....  
.....

Wieviel trinken Sie pro Tag und was? Was bevorzugen Sie?

.....  
.....  
.....

Wie verdauen Sie? Haben Sie Sodbrennen, Aufstossen, Blähungen oder Verstopfung?

.....  
.....  
.....

Welcher Beschäftigung gehen Sie nach (Vollzeit, Teilzeit)?

.....  
.....  
.....

Was machen Sie in Ihrer Freizeit? Was machen Sie am liebsten?

.....  
.....  
.....

Wieviel schlafen Sie im Durchschnitt? Wie sind Ihre Schlafenszeiten? Wie schlafen Sie Ein-/Durch?

.....  
.....  
.....

Wie und was träumen Sie (regelmässig / selten)?

.....  
.....  
.....

**Frauen:**

Menses: Wann hatten Sie Ihre Menarche (erste Menses)?.....

Wie, wie oft,.....

Wie verläuft Ihre Menses? Mit oder ohne Schmerzen, regelmässig, Blutfarbe, Klumpen).....

Waren Sie je schwanger? Falls ja, wie oft?.....

Wie verliefen die Schwangerschaften, .....  
die Geburten?.....

Haben Sie gestillt?.....

Hatten Sie Probleme?.....

Bitte per Mail an **guido.wolff@craniofflow.ch** senden oder Frageblatt zum ersten Termin mitbringen.

Falls Sie Röntgenbilder oder Laborbefunde haben, nehmen sie diese bitte auch mit.