

Fragebogen für Bioresonanz-Patienten

Liebe Patientin.

Sie haben sich für eine Bioresonanz Abklärung und/oder -Therapie angemeldet. Sie erleichtern uns die Arbeit, wenn Sie vor Ihrem ersten Termin die folgenden Fragen möglichst genau beantworten. **Nehmen Sie dazu bitte einen Kugelschreiber.** Herzlichen Dank für Ihre Mithilfe!

Name: _____ **Vorname:** _____ **Geb. Datum:** _____

Adresse: _____ **PLZ/Wohnort:** _____

Beruf: _____ **Tel Nr. (P):** _____ **Tel Nr. (G):** _____

Wer hat uns empfohlen?

Welche Beschwerden möchten Sie bei uns behandeln lassen?

Seit wann haben Sie dieses Beschwerden, wann treten diese auf, wodurch werden sie ausgelöst?

Bei den folgenden Fragen können Sie die jeweils passende Antwort unterstreichen. Wo nötig, bitte ich Sie, ergänzende Angaben machen zu wollen!

Durchgemachte Erkrankungen, Unfälle und Operationen. Bestrahlungen, Computertomographien etc. (wann?, Details) (Erkrankungen: Pfeiffersches Drüsenfieber, Angina, Warzen, Tätowierungen, Gallenblasen-/Leberprobleme, Nierenprobleme, Lungenprobleme. Ferner Narben, Pilzinfekte, Prostataentzündungen, Geschlechtskrankheiten).

Durchgemachte Kinderkrankheiten:

Masern, Mumps, Röteln, Scharlach, Windpocken, falscher/echter Krupp, Keuchhusten, Ringelröteln, Kinderlähmung, 3 Tagesfieber.

anderes:

Durchgeführte Impfungen: (allenfalls Kopie des Impfausweises beilegen)

Diphtherie, Tetanus (Starrkrampf), Kinderlähmung, Hirnhautentzündung, Keuchhusten, Gelbfieber, Gelbsucht (Hepatitis A, Hepatitis B), Zeckenimpfung, Tuberkulose, Grippeimpfung (Jahr? _____), Typhus.
Nebenwirkungen?

Früher eingenommene oder jetzt einzunehmende Medikamente (Name und Dosierung)
(speziell: Antibiotika, Asthmamittel, Cortison, Hormonpräparate inkl „Pille“, Krebsmittel).

Nikotin, Alkohol (was, in welchen Mengen?).

Allergien, Unverträglichkeiten (auch Nahrungsmittel!).

Sind Allergietests durchgeführt worden? Welches waren die Ergebnisse? Welche Therapie?

Sind in Ihrer Verwandtschaft Fälle bekannt von:
Diabetes, Tuberkulose, Krebserkrankungen, Geschlechtskrankheiten, Geisteskrankheiten?
Andere gehäuft aufgetretene Erkrankungen? _____

Leiden oder litten Sie an folgenden Symptomen? (zutreffendes bitte unterstreichen)

Haut: Hautschuppungen, Rötungen, Juckreiz, Nesselsucht, Pigmentstörungen, Haarausfall, Milchschorf, Haarschuppen, Nachtschweiss, vermehrtes Schwitzen.
anderes: _____

Kreislauf: Herzbeschwerden (Herzklopfen, Herzrasen anfallsweise, Herzklemmen), unregelmässiger Puls, Herzrhythmusstörungen, Dreh-/Schwank-/Schwindel? Bluthochdruck, tiefer Blutdruck, kalte Hände/Füsse.
anderes: _____

Atmung: Atemnot, Asthma (jahreszeitlich, wann: _____), Pfeiffen, , Reiz/Husten (ohne/mit Auswurf. Farbe: _____), Räuspern, Nasenbluten, Schnarchen, Heuschnupfen (wann? _____), trockene/verstopfte/fliessende Nase, Nasennebenhöhlenentzündungen, Lungenentzündungen.
anderes: _____

Mundhöhle: Aphten, Mundgeruch, Zungenbeläge, Fieberbläschen, entzündetes Zahnfleisch, Zahnfleischblutungen, verfärbtes Zahnfleisch, Zungenbrennen, Mundtrockenheit, Lippenbelägen (morgens),
anderes: _____

Zähne: Zahnstellungskorrekturen, Karies, Zahnfüllungen (Amalgam, Gold, Porzellan, Kunststoff, andere).
Sind Zähne gezogen worden? Welche:

	rechts								links							
oben	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
unten	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8

Verdauung: Schluckbeschwerden, Aufstossen, Magenbrennen, Blähungen, Uebelkeit, Krämpfe/ Schmerzen (dauernd/anfallsweise, krampfartig, wann? _____, wo? _____).
Windabgang (stinkend/nicht stinkend). Stuhlgang: regelmässig/ unregelmässig. Wie oft? Pro Woche/Tag? _____. Durchfälle, Verstopfung. Blut am/im Stuhl. Farbe des Stuhles? _____ Konsistenz? _____
anderes: _____

Lateralität Legasthenie, Dyskalkulie, gestörte Motorik: _____

Nerven: Kopfschmerzen (wann, wie häufig, Lokalisation: _____)
Geschmackstörungen, Geruchsinnstörungen, Hörstörungen, Ohrgeräusche, Schwerhörigkeit. Sensibilitätsstörungen, Reizbarkeit, Stimmungsschwankungen, Antriebslosigkeit, rasche Ermüdbarkeit. Konzentrationsstörungen.
anderes: _____

Bewegung: Nackenverspannungen, Rückenschmerzen (wo _____)
Gelenkschmerzen (welche Gelenke _____)
Knochen/Muskelschmerzen, Muskelschwäche, Rheuma.
anderes: _____

Gynäkologie: unregelmässige/schmerzhafte/starke/schwache Menstruation. Schmerzen beim Eisprung, Misslaunigkeit um die Menstruation, Wasseransammlung. Vermehrter Ausfluss (stinkend, weiss, klar), wiederkehrende Pilzinfektionen, durchgemachte Unterbauchentzündungen, Blasenentzündungen, Brustveränderungen: _____
anderes: _____

Hautpflege: benutzte Hautpflegeprodukte: _____

Ernährung: vegetarisch, gemischt, Vollwert, Trennkost? Andere: _____
Auf welche Nahrungsmittel verzichten Sie? _____
Weshalb? _____
Mikrowelle, Fertiggerichte, Fast Food. Wie häufig? _____
Was und wie viel trinken Sie pro Tag?
(Angabe in Litern) _____

Diverses: Infektanfälligkeit, _____
Haustiere? welche? _____
Reaktionen auf Haustierkontakt? welche? _____
Schmuckunverträglichkeit? auf welchen? _____
Wie ist Ihr Schlaf? gut/schlecht. Warum schlecht? _____
Schlafen Sie überall gut? ja/nein. Wenn nein, warum? _____
Sport? ja/nein. Wenn ja welchen und wie häufig? _____
Handy? ja/nein. Wie lange telefonieren Sie pro Tag? _____
TV Konsum? ja/nein?. Wenn ja, wie lange (pro Tag)? _____
Bildschirmarbeit? ja/nein? Wenn ja, wie lange (pro Tag)? _____
Was sie sonst noch sagen wollten: _____

So, nun haben Sie es geschafft. Herzlichen Dank für Ihre Mühe!

Hiermit bestätige ich, die Ausführungen in der beigelegten Patienteninformation zur Bioresonanztherapie und im Speziellen zur Kostenfolge dieser Therapie zur Kenntnis genommen und verstanden zu haben.

_____, den _____

Unterschrift: _____

Bioresonanz Stucki
Dorfstrasse 5b, 3550 Langnau
Briefadresse: Kirchbühlacker 10, 3043 Uettligen
079 236 34 88, info@bioresonanz-stucki.ch