



Nicole Zünd
Komplementär Therapeutin
Kinesiologie
mit Branchenzertifikat OdA KT

Bucherstrasse 2
9322 Egnach
078 666 79 09
kinevital@bluewin.ch

Fragebogen für Erwachsene

Die Beantwortung dieser Fragen ermöglicht es mir, Sie optimal betreuen zu können.

Ich bitte Sie, diesen Fragebogen wahrheitsgetreu auszufüllen.

Die Daten werden vertraulich behandelt und unterliegen der Schweigepflicht. Eine Weitergabe ist mir nur mit ausdrücklicher Genehmigung Ihrerseits erlaubt.

Name:	Vorname:
Strasse:	PLZ/Ort:
Geburtsdatum:	Email-Adresse:
Telefon Nr.:	Mobile Nr.:
Beruf:	Arbeitgeber:
Hausarzt:	KK Zusatzversicherung:
Rechnungsstellung: <input type="checkbox"/> per Email <input type="checkbox"/> per Post	

Familiäres Umfeld

- Ich wohne alleine
- Ich lebe mit einem oder einer Partner/in
- Ich wohne mit meiner Familie

Berufliche Situation

Körperliche Anstrengung

- schwer mittel wenig
- meist sitzend meist stehend

Geistige Anstrengung

- schwer mittel wenig

Psychische Belastung

- zufrieden unzufrieden aktuell ohne Arbeit

Arbeitsort

- drinnen draussen

Hobbies, Interesse, Sportliche Betätigung

Sportliche Betätigung

- selten ab und zu regelmässig

Welche?

Hobbies?



Krankheiten, Auffälligkeiten

Allergien

- Pollen Lebensmittel Milben/Hausstaub Asthma

Welche? _____

Krankheiten und Beschwerden

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Herz-Kreislauf | <input type="checkbox"/> Bewegungsapparat (Schulter, Hüfte, Knie, Rücken) |
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Schwindel |
| <input type="checkbox"/> Lunge und Atemwege | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Verdauung (Magen, Darm, Leber) | <input type="checkbox"/> Schlafstörungen |
| <input type="checkbox"/> Niere, Blase | <input type="checkbox"/> Ängste, Nervosität |
| <input type="checkbox"/> Haut | <input type="checkbox"/> Depressionen |
| <input type="checkbox"/> Hals-Nasen-Ohren | <input type="checkbox"/> weibliche Sexualorgane |
| <input type="checkbox"/> Augen | <input type="checkbox"/> männliche Sexualorgane |
| <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen, Migräne | <input type="checkbox"/> Frühere Operationen und Spitalaufenthalte |

Fragen an die Frau

- Schwangerschaften, Geburten Menstruationsprobleme
 Wechseljahrbeschwerden

wenn ja, was genau und seit wann?

Gewohnheiten

Rauchen

- nie ab und zu viel

Alkohol

- nie ab und zu regelmässig

Ernährung

- regelmässig, zu festen Zeiten unregelmässig
 frisch zubereitet Fertiggerichte Restaurant/Kantine



Mögliche Belastungsfaktoren:

Sind bei Ihnen in der letzten Zeit folgende Ereignisse eingetreten?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Scheidung/Trennung | <input type="checkbox"/> Unfälle |
| <input type="checkbox"/> Familiärer Stress | <input type="checkbox"/> Schul-/ bzw. Klassenwechsel |
| <input type="checkbox"/> Partnerschaftsprobleme | <input type="checkbox"/> Krankheiten/Probleme naher Angehöriger |
| <input type="checkbox"/> Umzug | <input type="checkbox"/> Finanzielle Belastungen |
| <input type="checkbox"/> Hoher Konsum von Medien | <input type="checkbox"/> Todesfall |

Jetziges Anliegen oder Problem?

Welches Ziel möchten Sie erreichen?

Datum und Ort:

Unterschrift:
