



AUGENBASIS

FRAGEBOGEN FUSSREFLEX

PERSONALIEN

augenbasis.ch

Bitte zum Erstgespräch vom (Datum)mitbringen!

Name.....	Vorname.....
Strasse.....	PLZ, Ort.....
Tel. P.....	Mobile.....
Tel. G.....	E-Mail.....
Geburtsdatum.....	Beruf.....
Hausarzt.....	Krankenkasse-Zusatz: Ja / Nein.....

Wir bitten Sie, den folgenden Fragebogen so vollständig wie möglich auszufüllen.
Wir besprechen ihn beim Erstgespräch miteinander!

Was sind Ihre Hauptbeschwerden?

.....

Was erhoffen Sie sich von der Fussreflexzonen-Massage Therapie?

.....

Wurden Sie bereits ärztlich untersucht?

Ja / Nein.....von wem?.....

wann?.....

Ergebnis?.....

Haben Sie chronische Erkrankungen oder Allergien?

Ja / Nein.....welche?.....

.....

Bekommen Sie derzeit Medikamente?

Ja / Nein.....welche?.....

.....

(als Medikamente gelten auch Schlafmittel, Antibabypille, Psychopharmaka, usw.)

Sind Sie derzeit in einer anderen Therapie?

Ja / Nein.....welche?.....

Bei wem?.....

Wie ist Ihr Schlaf? Unterbrechungen?.....

Haben Sie Atembeschwerden?.....

Wie ist Ihre Verdauung?.....

.....

Wie arbeiten Ihre Blase und Nieren?

.....

Wie sind Ihre Ess- und Trinkgewohnheiten? Flüssigkeitsaufnahme pro Tag?

.....

Welche Erkrankungen sind in Ihrer Familie aufgetreten?

.....

Welche Krankheiten, Operationen, Verletzungen sind in Ihrer Vergangenheit aufgetreten?

.....

Haben Sie starke seelische Belastungen?

.....

Wie ist Ihr soziales Umfeld?

.....