

# Gesundheitsformular

Bitte sorgfältig ausfüllen, einscannen und ein paar Tage vor dem ersten Termin per Email an:  
[gwendoline.fiechter@hin.ch](mailto:gwendoline.fiechter@hin.ch) schicken.

Wichtig: ich arbeite mit einer elektronischen Krankheitsgeschichte und nehme deshalb keine schriftliche Unterlagen entgegen! Bitte wichtige Arzt/Spital Berichte oder Befunde einscannen und im Email hinzufügen.

Herzlichen Dank ! 😊

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Haus-/Kinderarzt:

Krankenkasse /AHV Nummer:

## Gesundheitsinformationen:

*Für Kinder:*

Geburt (spontan Geburt, Kaiserschnitt usw.):

---

Geburtsort/Spital :

---

Gestillt ? (ja oder nein)

---

Impfungen? (ja oder nein, bitte bringen Sie das Impfbüchlein zur Sprechstunde) :

---

Bisherige Erkrankungen ?

---

Anzahl Geschwister ? Sind diese Gesund ? Wenn nein, woran leidet der Bruder/Schwester ?

---

Sind die Eltern gesund ? Wenn nein, an welchen Krankheiten leiden sie ?

---

Für Kinder und Erwachsene:

**1- Fühlen Sie sich/Ihr Kind zur Zeit gesund ? Wenn nein, was ist ihr aktuelles Hauptleiden ?**

---

---

---

**2. Ärztliche Behandlung**

Sind Sie/ Ihr Kind zur Zeit bereits in einer ärztlicher Behandlung? Wenn ja, für welches Leiden ?

---

---

**3. Therapeutische Behandlungen**

Sind Sie/Ihr Kind zur Zeit bei einer/einem Naturheilpraktiker oder Homöopath in Behandlung ? Wenn ja, bei wem und seit wann ?

---

---

**4. Chronische Krankheiten**

Leiden Sie/ Ihr Kind an einer chronischen Krankheit (Asthma, Diabetes, Hoher Blutdruck usw.) (Details ggf. im Punkt 5 aufzulisten)

---

---

**5. Wurde in der Vergangenheit eine Erkrankung oder gesundheitliche Störung an einem der folgenden Organe oder Systeme festgestellt ? (ja /nein notieren und ggf. beschreiben):**

Herzblutgefäße :

---

Lunge, Atmungsorgane:

---

Verdauungssystem:

---

Knochen, Gelenke, Bewegungsapparat :

---

Uro-Genitaltrakt:

---

Hals-Nasen-Ohr Bereich/Hörvermögen:

---

Blut, Hormonsystem, Schilddrüse, Stoffwechsel:

---

Augen/Sehevermögen:

---

Gehirn/Nervensystem :

---

Psychologie /Psychiatrie:

---

**6. Wurden Sie/Ihr Kind bereits operiert ?**

Wenn ja, an welchem Körperteil, in welchem Spital (Chirurg) und wann ?

---

---

---

---

**7. Sind in Ihrer Familie (Eltern, Geschwister) Krankheiten bekannt ? (zB Krebs, Herzinfarkt usw ?). Wenn ja, in welchem Alter sind diese vorgekommen ?**

---

**8. Sind bei Ihnen/Ihrem Kind Allergien bekannt? Wenn ja, welche ?**

---

9. **Nehmen Sie/Ihr Kind Medikamente oder Naturprodukte ein?** (wenn Ja: welche, wie oft und für welchen Zweck?)

---

---

---

10. **Beschreiben Sie kurz ihr jetziges Leiden oder Anfrage an mich in der kommenden Sprechstunde:**

---

---

---

11. **Weitere wichtige Informationen ?**

---

---

---

12. **Beilagen:** (wichtige Arzt oder Spitalberichte, Radiologie Befunde usw).

---

---

---

### **13. Unterschrift**

**Ich, die/der Unterzeichnete, bestätige hiermit, dass die in diesem Gesundheitsformular enthaltenen Informationen korrekt und vollständig sind;** Bei Änderungen in meinem Gesundheitszustand/Medikamenten Einnahme werde ich dieses Formular ergänzen und die Ärztin informieren. **Alle persönliche Daten werden vertraulich behandelt.**

**Datum :**

**Unterschrift Patient /gesetzlicher Vertreter:**

---

**Termin bei Dipl. med. Gwendoline Fiechter vereinbart am :**  
(Dies wird die Gelegenheit sein das Formular zusammen zu besprechen.)

---

*Danke für Ihre Bemühung und bis bald ! ;-)*