Anmeldeformular Personalien

Name	
Vorname	
Geburtsdatum	
Strasse, Nr.	
Postleizahl, Ort	
E-Mailadresse	
Telefonnummer Home	
Telefonnummer Mobile	
Sprache	
Blutgruppe *(A, B, 0, AB)*	
Grösse *(m)*	
Gewicht *(kg)*	
Zivilstand, Wohnsituation	
Schwangerschaften/Kinder	
Beruf + Pensum *(in %)*	
Ernährungsform	☐ *Mischkost* ☐ *Vegetarisch* ☐ *Vegan* ☐ *Andere:*
Allergien/Unverträglichkeiten	☐ *Nein, keine* ☐ *Ja* *Welche:*
Vermittlung/Empfehlung *(Wie oder durch wen haben Sie von uns erfahren?)*	
Hausarzt/ Zuweisender Arzt *(inkl. Tel. für Notfälle)*	
Zusatzversicherung VVG *(wenn ja, welche?)*	
Police Nr.	

Gesundheitsfragebogen

Erwartungen an das Retreat *(Grund der Anmeldung)*	
Persönliches Lebensziel	
Pers. Lebenseinstellung, Glaubenszugehörigkeit	
Aktuelle Beschwerden/ Diagnosen/Nebendiagnosen	
Frühere Erkrankungen oder Behandlungen	
Psychische Erkrankungen/Themen *z.B. Panikattacken, Ängste, Burnout, Depression...*	☐ *Nein, keine* ☐ *Ja, Welche:*
Wunsch/Anliegen/Ziel bzgl. eigener Gesundheit	
Bereits getroffene Massnahmen/Therapien	
Aktuelle Medikamente *(inkl. Dosierung)*	
Aktuelle Nahrungsergänzungen *(inkl. Dosierung)*	
Genussmittel-Konsum *(Alkohol, Nikotin, Koffein andere Substanzen)*	
Raucher/in	☐ *Ja (wenn ja wie viele pro Tag)* ☐ *Nein*
Unfälle/Operationen Narben	
Blutdruck	
Sport *(Art und Menge pro Woche)*	
Ich habe bereits Erfahrung mit.... *(bitte ankreuzen was zutrifft)*	☐ *Yoga* ☐ *Meditation / Achtsamkeitstechniken*

Stressbelastung *(1= kein Stress, 10 = extreme Belastung/Burn-out)*	*1-2-3-4-5-6-7-8-9-10 (bitte ankreuzen)*
Schlafqualität und Zeit *Schlafenszeit:_____ Uhr* *Aufwachzeit: _____ Uhr*	☐ *Allgemein guter Schlaf, gute Regeneration* ☐ *Einschlafstörungen* ☐ *Durchschlafstörungen* ☐ *Mangelnde Regeneration* ☐ *Bemerkungen:*
Verdauung / Verdauungsbeschwerden	☐ *Täglich Stuhlgang, normal geformt ohne Beschwerden* ☐ *Regelmässig Durchfall* ☐ *Regelmässig Verstopfungen* ☐ *Regelmässig Blähungen und Unwohlsein* ☐ *Regelmässig Übelkeit, Völlegefühl nach dem Essen* ☐ *Sodbrennen / Aufstossen* ☐ *Ich hatte eine oder mehrere oralen Antibiotikabehandlungen*
Bekannte familiäre Krankheiten	

Bei Schwächen/Beschwerden des Bewegungsapparats:
Bitte Stellen der Beschwerden markieren, evtl. mit kurzem Beschrieb (rechts)

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Wichtig: *Laborwerte (Blut, Stuhl, Urin) des letzten Jahres, falls vorhanden beilegen.*