



IHHT - Anamnesebogen für Neuaufnahme

**Dieser Fragebogen dient ausschliesslich Ihrer Sicherheit und dem geplanten Behandlungserfolg.
Je mehr wir über Sie wissen, desto individueller können wir uns auf Ihre Bedürfnisse einstellen.
Selbstverständlich bleibt dieser Fragebogen vertraulich und ist nur für die IHHT Behandlung bestimmt.**

Vorname/Name: _____

Adresse: _____

Telefon: _____ E-Mail: _____

Geburtsdatum: _____ Grösse: _____ Gewicht: _____

Sind Sie zurzeit in ärztlicher Behandlung? ☐ Nein ☐ Ja

Wenn ja, warum? _____

Nehmen Sie regelmässig Arzneimittel ein? ☐ Nein ☐ Ja

Wenn ja, welche? _____

Haben Sie derzeit Allgemeinbeschwerden? ☐ Nein ☐ Ja

Wenn ja, welche? _____

Hatten Sie in den letzten 4 Jahren eine infektiöse Erkrankung? ☐ Nein ☐ Ja

Wenn ja, wann und welche? _____

Wurden Sie seit 2020 geimpft? ☐ Nein ☐ Ja

Wenn ja, wogegen, wie oft und wann? _____

Sind Allergien bekannt? ☐ Nein ☐ Ja

Wenn ja, welche? _____

Rauchen Sie? ☐ Nein ☐ Ja

Wenn ja, wie viele Zigaretten pro Tag? _____ (gilt auch für E-Zigaretten)

Nehmen Sie regelmässig Schlafmittel? ☐ Nein ☐ Ja

Wenn ja, welche? _____



Tragen Sie einen Herzschrittmacher?

☐ Nein

☐ Ja

Wenn ja, welchen und seit wann? _____

Leiden Sie aktuell unter folgenden Krankheiten oder waren Sie in den letzten 4 Jahren davon betroffen?

Herzrhythmusstörungen

☐ Nein

☐ Ja

Wenn ja: Wann, wie häufig, ärztliche Begutachtung, Therapie? _____

allgemeine Herzbeschwerden

☐ Nein

☐ Ja

Wenn ja: Wann, wie häufig, ärztliche Begutachtung, Therapie? _____

Kreislaufbeschwerden

☐ Nein

☐ Ja

Wenn ja: Wann, wie häufig, ärztliche Begutachtung, Therapie? _____

Bluthochdruck

☐ Nein

☐ Ja

Wenn ja: Wann, wie häufig, ärztliche Begutachtung, Therapie? _____

Blutniederdruck

☐ Nein

☐ Ja

Wenn ja: Wann, wie häufig, ärztliche Begutachtung, Therapie? _____

Blutgerinnungsstörung

☐ Nein

☐ Ja

Wenn ja: Wann, wie häufig, ärztliche Begutachtung, Therapie? _____

Durchblutungsstörungen

☐ Nein

☐ Ja

Wenn ja: Wann, wie häufig, ärztliche Begutachtung, Therapie? _____

Tumorerkrankungen (auch länger zurückliegende)

☐ Nein

☐ Ja

Wenn ja: Seit wann, ärztliche Begutachtung, Therapie? _____

AIDS (HIV)

☐ Nein

☐ Ja

Wenn ja: Seit wann, ärztliche Begutachtung, Therapie? _____

Rheumatische Erkrankungen (Arthritis)

☐ Nein

☐ Ja

Wenn ja: Seit wann, wie häufig, ärztliche Begutachtung, Therapie? _____

Diabetes

☐ Nein

☐ Ja

Wenn ja: Seit wann, ärztliche Begutachtung, Therapie? _____

Krankheiten der Leber (Gelbsucht, Hepatitis)

☐ Nein

☐ Ja

Wenn ja: Seit wann, ärztliche Begutachtung, Therapie? _____

**Nierenerkrankungen**☐ Nein☐ Ja

Wenn ja: Seit wann, ärztliche Begutachtung, Therapie?

Tuberkulose (TBC)☐ Nein☐ Ja

Wenn ja: Seit wann, ärztliche Begutachtung, Therapie?

Lungenödem (Höhenlungenödem HAPE)☐ Nein☐ Ja

Wenn ja: Wann, wie häufig, ärztliche Begutachtung, Therapie?

Atemnot☐ Nein☐ Ja

Wenn ja: Wann, wie häufig, ärztliche Begutachtung, Therapie?

Epilepsie☐ Nein☐ Ja

Wenn ja: Wann, wie häufig, ärztliche Begutachtung, Therapie?

Angststörungen (z.B. Maske)☐ Nein☐ Ja

Wenn ja: Wann, wie häufig, ärztliche Begutachtung, Therapie?

Lyme-Borreliose☐ Nein☐ Ja

Wenn ja: Seit wann, ärztliche Begutachtung, Therapie?

Thrombosen☐ Nein☐ Ja

Wenn ja: Wann, wie häufig, ärztliche Begutachtung, Therapie?

Nur für Frauen:

Sind sie schwanger?

☐ Nein☐ Ja**Was versprechen Sie sich von der IHHT Behandlung? Was sind Ihre Ziele?**

Ich bestätige, dass ich vollständige Angaben zu meiner Gesundheit gemacht habe.

Ort, Datum

Unterschrift Kunde

Ich bestätige, die oben gemachten Angaben vertraulich und ausschliesslich für die IHHT Behandlung anzuwenden

Ort, Datum

Unterschrift IHHT-swiss