



Anamnese Fragebogen

Name	_____	Geburtsdatum	_____
Straße	_____	Tel	_____
PLZ/Ort	_____	Beruf	_____
E-Mail	_____	Größe/ Gewicht	_____
Empfehlung über	_____	Familienstand/Kinder	_____

Versicherung: ☐ Gesetzlich ☐ Beihilfe/Post ☐ Privat Versicherung ☐ Privat-Zusatzversichert

Name der Versicherung:

Anleitung: Bitte füllen Sie diesen Fragebogen genau aus. Bei den Beispielen genügt es zu unterstreichen, sofern diese zutreffen; ansonsten die Fragen bitte mit eigenen Worten beantworten.

Für welche Beschwerden wünschen Sie sich eine Besserung - nennen Sie bitte medizinische Diagnosen und auch konkrete Symptome:

1.

2.

3.

Was war unmittelbar vor dem ersten Auftreten Ihrer jetzigen Beschwerden? z.B. eine Erkrankung, Kummer, Trauer, Schreck, Operation, Hautausschläge, Medikamente, usw.

Weitere Erkrankungen – Welche weiteren Erkrankungen treffen für Sie zu!

- | | | |
|--|--|--|
| ☐ Hoher Blutdruck | ☐ Diabetes | ☐ Nierenbeschwerden |
| ☐ Herzleiden | ☐ Depressionen | ☐ Schwindel |
| ☐ Allergien | ☐ Hautkrankheiten | ☐ Schilddrüsenbeschwerden |
| ☐ Asthma | ☐ Pilze | ☐ Durchblutungsstörungen |
| ☐ Sonstige | | |

Welche Krankheiten sind Ihnen in Ihrer Familie bekannt? Eltern, Großeltern, Urgroßeltern, Geschwister. z.B. Krebs, Tuberkulose, Geisteskrankheiten, Geschlechtskrankheiten, Selbstmord, Herzkrankheiten, Gefäßkrankheiten, Schlaganfall, Asthma, Zuckerkrankheit, Rheuma, Nierensteine, Gallensteine, Multiple Sklerose, Gicht, Allergien, Schuppenflechte, Neurodermitis, Migräne, Depression.

Sonstiges:

Medikamente

Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit ein? Bitte Beipackzettel oder Medikament mitbringen.
Auch Nahrungsergänzungsmittel angeben.

wenn ja welche ☐ Blutfette ☐ Zucker ☐ Harnsäure ☐ Schilddrüse ☐ Blutdruck/Herz ☐ Hormone
☐ Sonstige

Wie oft haben Sie in den letzten 12 Monaten Antibiotika eingenommen.....

Kopf

Leiden Sie unter Kopfschmerzen/Migräne? ☐ Ja ☐ Nein Wenn ja, wie häufig

Haare Haarausfall, kreisrunder, vereinzelter, seit wann

Augen Bindehautentzündung, kurzsichtig, weitsichtig, Grauer Star, Macula-Degeneration usw.

Ohren Tinnitus links / rechts seit Schwerhörigkeit

Zähne/ Kiefer Wurden bei Ihnen Amalgamfüllungen entfernt? ☐ Ja ☐ Nein
Wurde eine Amalgamausleitung durchgeführt? ☐ Ja ☐ Nein

Haben Sie wurzelbehandelte Zähne?

Zahnfüllmaterialien ☐ Amalgam ☐ Kunststoff ☐ Gold ☐ Keramik

Nase Operationen, Nasennebenhöhlenentzündungen, behinderte Nasenatmung, verstopft

Mandeln Operation, häufig Mandelentzündungen als Kind / heute

Schilddrüse Überfunktion, Unterfunktion, Autoimmunerkrankung, Vergrößerung, Operation

Brust/Bauch

Herz Beschwerden, Stechen, Druckgefühl, Infarkt, Beklemmung, Rhythmusstörungen
Angina Pectoris, Herzinsuffizienz

Lunge Bronchitis, häufig Husten,

Leber Entzündung – Hepatitis – Leberzirrhose

Galle Steine, Koliken, Operation, Druck im Oberbauch, Fettunverträglichkeit

Magen Völlegefühl, Gastritis, Appetitlosigkeit, Schmerzen, Sodbrennen

Darm Infektionen, Hämorrhoiden, Blinddarmoperation, Blähungen, Würmer als Kind

Stuhlgang täglich, jeden 2.3.4. Tag, unregelmäßig, übel riechend
Neigung zur Verstopfung / Durchfall, wechselhaft
Stuhl hell, dunkel, übel riechend, hart, knollig, schmierig, ich kann
Stuhl nicht halten, Gefühl, nicht fertig zu werden

Rücken – Arme – Beine - Haut

Arme	Verletzungen, Schmerzen, Tennisellenbogen, Kribbeln, kalte Hände
Beine	Schmerzen, Krampfadern, Verletzungen, kalte Füße, Kribbeln, Taubheitsgefühl
Rücken	Beweglichkeit eingeschränkt, Verspannungen, Belastungen, Schmerzen
Haut/Nägel	Verbrennungen, Geschwüre, Hautjucken, Warzen, Pilze, eingewachsene Nägel, Nagelbettentzündungen, Nägel brüchig, reißen ein
Narben	Haben Sie durch Operationen oder Verletzungen Narben? 0 Ja - bitte beim Besuch zeigen 0 Nein

Unterleib – Gynäkologie

Gynäkologie	Ausfluss - Eierstockentzündungen, Ausschabungen, Fehlgeburten, Tumore, Zysten, Myome, Geschlechtskrankheiten
Menstruation	Wann war die erste Menses wann die letzte..... Beschwerden vor - nach - während der Regel - welche Wechseljahrs- Beschwerden
Nehmen Sie Verhütungsmittel?	Welche
Prostata	vergrößert, Entzündungen gehabt, Beschwerden beim Wasserlassen etc.
Niere/Blase	Nierensteine, Entzündungen -häufig.....
Harn	viel, wenig, häufig, kann nicht halten, Geruch nach
Sexualität	vermindert, verstärkt, unbefriedigt, Beschwerden beim Geschlechtsverkehr

Allgemeines

Meine Blutgruppe	Blutdruck zu hoch / zu niedrig
Rauchen Sie?	Wie viele Zigaretten am Tag?
Auf einer Skala von 1-10 - wobei 10 optimal wäre - wie viel Energie haben Sie?	
Wie viel Liter und was trinken Sie pro Tag?	
Welche Getränke trinken Sie?	
Treiben Sie Sport? Welchen?	

Fortsetzung - Allgemeines

Schlaf

Schlaflosigkeit, häufiges Erwachen (Uhrzeit), Schwierigkeiten beim Einschlafen, Sprechen im Schlaf, Unruhe in den Beinen, Nachtschweiße, heiße Füße, Zähneknirschen

Schlafzeit

übliches zu Bett gehen übliches Aufstehen.....

Impfungen

Sind Sie geimpft o ja o nein Alle Impfungen (Impfpass)
Wann war die letzte Impfung? gegen was?

Schmerzfragen

Wo treten Schmerzen auf?
Bitte kennzeichnen

Kreuz

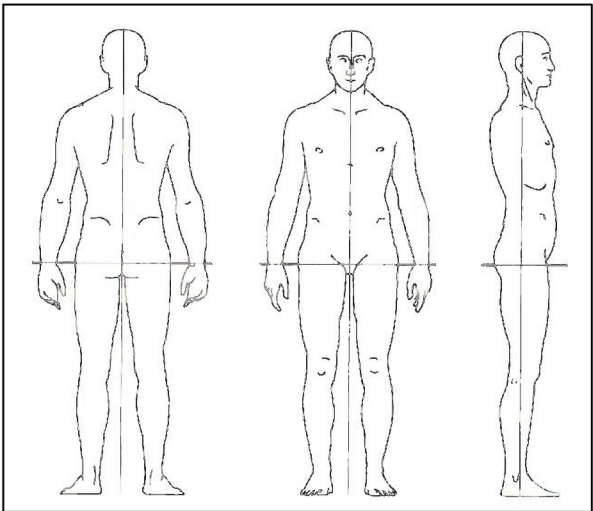
- punktförmiger Schmerz

Linie

- unklare Schmerzlokalisierung

Pfeil

- ausstrahlender Schmerz



Schmerzskala für den Hauptschmerz

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

schwach

mittel

sehr

stark

Seit wann haben Sie die Schmerzen?

.....

Gab es ein auslösendes Ereignis?

.....

Wie oft haben Sie die Schmerzen?

Immer, mehrmals am Tag, alle paar Tage, wöchentlich, seltener

Welche Ereignisse verschlimmern?

Körperliche Belastung, längeres Stehen, Sitzen, Gehen, Stress , Kälte, Wärme, Nahrungsmittel, Husten, Niesen, Tageszeit Wetterlage, Monatsblutung, Sonstiges

Welche Ereignisse verbessern?

Ruhe, Schlaf, Bewegung, Kälte, Wärme, Sport, Schmerzmittel, Urlaub

Essen Sie vegetarisch oder vegan?

Bitte notieren Sie, welche Nahrungsmittel Sie vorgestern und gestern gegessen haben?

Vorgestern

Gestern

Morgens

Mittags

Abends

Zwischenmahlzeiten

Haben Sie Heißhunger, auf...?

Salz / Süßes / Saures / Fettiges / Sonstiges

Besteht eine Laktose – Fruktose oder Glutenunverträglichkeit?

Welche Lebensmittel vertragen Sie nicht oder nicht mehr?

.....

Gegen welche Lebensmittel besteht eine Abneigung und seit wann?

.....

Größere Gewichtsschwankungen? o ja o nein

Wenn ja Wieviel kg in welchem Zeitraum ab- oder zugenommen?

Krankengeschichte

Chronologie der Krankengeschichte

Bitte erfassen Sie alle bisherigen Erkrankungen und Operationen, die Sie durchgemacht haben.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Gemüt

Leiden Sie unter Ängsten? Alleinsein, Dunkelheit, Höhenangst, Krankheiten etc.

Haben Sie Stimmungsschwankungen?

Sind Sie oft reizbar?

Leiden Sie unter anhaltendem Kummer?

Haben Sie finanzielle Sorgen?

Was ist Ihre größte Sorge im Leben?

Grollen Sie jemandem?

Was ist Ihr größter Wunsch? Welche Ziele haben Sie im Leben?

Würden Sie sich als “zufrieden” bezeichnen?

Bitte bringen Sie Ihren Impfpass und sämtliche Untersuchungsbefunde eines Jahres mit

Informationen zur Kostenübernahme und Terminvereinbarung

Patient _____ geb. _____

Kostenübernahme Kassenpatienten

Die Kosten der Therapien sowie der verordneten Heilmittel werden durch die gesetzlichen Krankenkassen nicht übernommen. Die Erstberatung kostet 120,- €.

Kostenübernahme Privat/Beihilfepatienten:

Die Übernahme der Behandlungskosten sowie der verordneten Heilmittel durch die privaten Krankenversicherer und Beihilfestellen erfolgt unterschiedlich. Dieses hängt u.a. vom jeweiligen und individuellen Tarif ab.

Unabhängig von einer abweichenden Beurteilung der medizinischen Notwendigkeit, einer medizinisch - wissenschaftlichen Anerkennung der durchgeführten Therapien und Diagnostik oder einer abweichenden Erstattung durch Beihilfestellen oder privaten Kranken-Versicherungen ist der Rechnungsbetrag in voller Höhe zu zahlen.

Die Abrechnung erfolgt in der Regel innerhalb der Gebührenverordnung für Heilpraktiker.

Einige der in unserer Naturheilpraxis angewandten Therapie- und Diagnoseverfahren sind noch nicht in direkter Nennung in ein Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker bzw. in die Gebührenordnung für Ärzte (GoÄ) eingegangen. Aus diesem Grund können diese Therapien analog zu bestimmten Gebührensätzen abgerechnet werden.

Terminvereinbarungen

Termine werden telefonisch vereinbart. Tel: 0178 - 90 65 910

Termine, die nicht 24 Stunden vor dem vereinbarten Termin abgesagt werden, werden in voller Höhe der vorgesehenen Leistungen als Ausfalleistung in Rechnung gestellt.

Hiermit bestätige ich, dass ich mich vor der Behandlung über die oben aufgeführten Leistungs - und Abrechnungsmodalitäten informiert habe und ich diese verstanden habe.

Ort/ Datum

Unterschrift