

Patientenfragebogen

- Ich bin Neupatient und komme zur Erst-Untersuchung (60 Min.) am:
- Ich bin Neupatient und komme zur Akut-Behandlung (30 Min.) am:

Bitte beantworten Sie alle Fragen sorgfältig ziehen Sie ggf. Eltern, Großeltern, Geschwister oder Verwandte hinzu. Lange zurückliegende Ereignisse, können entscheidend sein. Für eine ganzheitliche Behandlung sind alle seelischen, geistigen und körperlichen Fakten von Bedeutung, die Ihren heutigen Gesundheitszustand geprägt haben. Alle Angaben werden streng vertraulich behandelt und ohne Ihr Einverständnis niemandem mitgeteilt. Zur Untersuchung bitte folgendes beachten:

1. **Alle Medikamente** auch Kräuter, Vitamine und Mineralstoffe mitbringen.
2. **Alle** Ihnen vorliegenden Röntgenbilder und Untersuchungsberichte mitbringen.
3. Nehmen Sie 48 Stunden vor dem Termin **möglichst keine Medikamente** ein.
4. **Verzichten Sie** für diesen Termin auf **Schminke**, Körperlotion oder Hautcreme, **Schmuck** (Uhr, Ringe, Ohrringe, Halskette, usw. müssen abgelegt werden), da dies die Untersuchung erschwert.
5. **Urinprobe** in der Praxis vor der Untersuchung im WC sammeln und in die Durchreiche stellen.

Vorname Nachname Titel

Erziehungsberechtigter / Rechnungsempfänger (bei Kindern)

Straße, Nr.

Land

Plz

Ort

Tel. (Privat)

Tel. (Gesch.)

Mobil

E-Mail

Geburtsdatum

Familienstand

Blutgruppe

Geburtszeit

Anzahl Kinder

Risiko

Größe aktuell

Beruf

Gewicht aktuell

Zur Abrechnung / Krankenversicherung teile ich folgendes mit:

Korrespondenz und Informationen möchte ich erhalten per Post E-Mail

SPAM: Bitte markieren Sie im Mailprogramm die 2 Adressen: info@ / praxis@muench-naturheilkunde.de, dass sie nicht blockiert werden!

- gesetzlich bei
- beihilfe bei
- privat bei
- zusatz bei

Vers.-Nr.

Vers.-Nr.

Wenn Sie die Rechnung ihrer Krankenkasse zur Erstattung vorlegen wollen ist die Abrechnung mit sog. Analogziffern erforderlich, da mehrere von uns erbrachte Leistungen nicht im Gebührenverzeichnis aufgeführt sind.

Mir ist bekannt, dass Heilpraktikerleistungen der freien Honorarvereinbarung unterliegen und für mich verbindlich sind, unabhängig von der Erstattung durch Versicherungen, Kassen oder Beihilfestellen wobei die Abrechnung mit

diesen ausschließlich durch mich selbst erfolgt. Zur Orientierung: Erst-Untersuchung 150 €, Telefon-Termin 25-75 €, Akut-Behandlung 75-85 €, Folgetermin, Therapieplan 75-85 €, zzgl. erforderlicher Heilmittel und / oder Anwendungen. Die Rechnungsstellung erfolgt im Rahmen des GebüH (Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker) und den aktuellen Preisen für Medikamente und Heilmittel. Wir behandeln Ihre Daten gemäß geltender DSGVO.

Wie wurden Sie auf uns aufmerksam?

1. Welche Beschwerden führen Sie zur Untersuchung? Wann sind diese erstmals aufgetreten?

- a
- b
- c
- d

2. Was war unmittelbar vor dem ersten Auftreten Ihrer jetzigen Beschwerden?

Eine Erkrankung Kummer Trauer Schreck Operation Hautausschläge
Sonstiges

3. Nennen Sie Unfälle, operative Eingriffe, Operationen mit Brüchen oder Narbenbildung.

a
b
c

4. Nennen Sie alle durchgemachten Kinder-/Infektionskrankheiten und wann sie auftraten.

Mumps	Scharlach	Syphilis
Mastern	Röteln	Gonorrhoe
Keuchhusten	Pfeiff. Drüsenfieber	Malaria
Kinderlähmung	Tetanus	Salmonellen
Windpocken	Tuberkulose	Tropenkrankheiten
Aids/HIV	Sonstige	

5. Leiden Sie mehr als 3x pro Jahr unter Erkältungskrankheiten? Ja Nein

6. Leiden Sie unter Allergien oder haben Sie andere Unverträglichkeiten und seit wann?

a
b
c

7. Bei welchen Fachärzten, Heilpraktikern und anderen Therapeuten waren Sie bereits wegen Ihrer jetzigen Beschwerden (Name, Fachgebiet, Anschrift), welche Spezialuntersuchungen (z.B. EKG, Röntgen, Labor) und welche Behandlungen wurden durchgeführt? (Befunde und Berichte mitbringen)

8. Welche Medikamente nehmen Sie? (Präparat / Grund- Wirkung / Dosierung 1-0-0 / seit wann)

a
b
c
d
e

9. Nennen Sie alle Impfungen, deren Zeitpunkt und bringen Sie bitte Ihren Impfpass mit.

a
b
c
d
e

10. Gab es nachstehende Reaktionen auf eine oder mehrere Impfungen?

Fieber	Krämpfe	Unruhe
Schlaflosigkeit	Müdigkeit	Verhaltensänderungen

Wenn ja, auf welche Impfungen?

11. Wie ist Ihr Schlaf?

Einschlafstörungen	Nächtliches Wasserlassen	Lebhafte Träume
Durchschlafstörungen	Erwachen	Sprechen im Schlaf
Nachtschweiß	Heiße Füße	Kalte Füße
Unruhe in den Beinen	Schnarchen	Zähneknirschen
Sonstige		

12. Welche Zahnfüllmaterialien haben / hatten Sie?

Amalgam	Titan	Kunststoff
Gold	Palladium	Keramik

13. Ernährung

Zutreffendes bitte ankreuzen Täglich Oft Gelegentlich Nie

Rauchen Sie

Trinken Sie

- Alkohol
- Bohnenkaffee
- Schwarztee
- Cola/Limonade
- Diätgetränke mit Süßstoffen
- Süßigkeiten oder Kuchen
- Mehlspeisen
- Milchprodukte
- Schweinefleisch
- Wursterzeugnisse
- Konserven
- stark gesalzen
- scharf gewürzt
- Obst
- Vollkornzeugnisse
- Salat / Rohkost
- Frischgemüse

Schlafen Sie weniger als 6 Std.

Sitzen Sie mehr als 8 Std.

Bewegen Sie sich im Freien

Welchen Sport treiben Sie

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.

14. Auf welche Lebensmittel können Sie nur schwer verzichten?

15. Wie viel Liter Wasser und/oder Kräutertee trinken Sie pro Tag?

16. Leben Sie nach bestimmten Ernährungsgewohnheiten (Bruker, Budwig, Trennkost, Vegetarisch, etc)?

17. Essen Sie schnell oder nehmen Sie sich Zeit?

18. Welche Erkrankungen sind in Ihrer Familie bekannt?

Allergien	Gicht	Nervenerkrankungen
Asthma	Hauterkrankungen	Neurodermitis
Diabetes	Herzkrankheiten	Rheumatismus
Epilepsie	Infektionskrankheiten	Schlaganfall
Gefäßerkrankungen	Krebs	Steinleiden (Galle / Niere)
Geschlechtskrankheiten	Multiple Sklerose	Tuberkulose

19. Erkrankungen der Eltern / Sterbedatum und Ursache

20. Kinder

Geburten (Anzahl)	Fehlgeburten	Hormonbehandlungen	
Ich nehme die Pille seit	Spirale seit	Letzte Regel mit	Jahren

21. Empfindlichkeiten

Reagieren Sie überempfindlich auf	Wärme	Kälte	Nein
Schwitzen Sie leicht?	Ja		Nein
Frieren Sie schnell?	Ja		Nein
Leiden Sie an Konzentrationsschwäche?	Ja		Nein
Leiden Sie an Müdigkeit oder Erschöpfung?	Ja		Nein
Wie belastbar/leistungsfähig fühlen Sie sich?	sehr	mäßig	nicht belastbar
Leiden Sie unter Wetterfühligkeit?	Ja	selten	Nein

Wie äußert sich diese:

22. Emotionale Probleme

Gab oder gibt es in Ihrer Familie Depressionen?	Ja		Nein
Wenn ja, bei wem?	selbst	Vater	Mutter
Gibt es bei Ihnen belastende Probleme?	beruflich	familiär	partnerschaftlich
Leiden Sie unter Ängsten oder Burnout?	Ja		Nein

nähere Angaben:

23. Sonstige Angaben:

24. Welche Erwartungen haben Sie an unsere Behandlung? Welche Ziele möchten Sie damit erreichen?

Datum

Unterschrift