

## 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. **Urinprobe in der Praxis sammeln und abgeben.**
2. **Alle Medikamente auch Kräuter, Vitamine und Mineralstoffe mit Beipackzettel mitbringen**
3. **Alle Ihnen vorliegenden Röntgenbilder und Untersuchungsberichte mitbringen**
4. **Nehmen Sie 48 Stunden vor dem Termin keine Medikamente ein**, besonders Schmerz- und Beruhigungsmittel, damit die Untersuchungsergebnisse nicht verfälscht werden - es sei denn diese sind lebensnotwendig!
5. **Verzichten Sie** für diesen Termin auf **Schmuck** (Uhr, Ringe, Ohrringe, Halskette, usw.), auf **Schminke** und **Körperlotion oder Hautöl**. Dies wird die Untersuchung stören und muss abgelegt oder entfernt werden.

Vorname .....Nachname .....Titel.....

Erziehungsberechtigter / Rechnungsempfänger (bei Kindern).....

Straße, Nr. ....

Land..... PLZ ..... Ort .....

Telefon / Mobil ..... Mail.....

Geburtsdatum ..... Familienstand..... Blutgruppe.....

Geburtszeit..... Anzahl Kinder ..... Risiko.....

Größe aktuell.....

Gewicht aktuell..... Beruf.....

Wie wurden Sie auf uns aufmerksam? .....

### Zur Abrechnung / Krankenversicherung teile ich folgendes mit:

gesetzlich bei .....

beihilfeberechtigt bei .....

privat bei ..... Vers.-Nr .....

zusatzversichert ..... 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 €, Telefonsprechstunde 08165-707667 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 der DSGVO vom 25.5.2018

Ich möchte Korrespondenz und Informationen erhalten per

E-Mail

Post

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

- a.....seit.....
- b.....seit.....
- c.....seit.....
- d.....seit.....
- e.....seit.....
- f.....seit.....

**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..... wann .....
- b..... wann .....
- c..... wann .....

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

- |  |  |   |  |
|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Mumps: .....        | <input type="checkbox"/> Scharlach: .....            | <input type="checkbox"/> Syphilis: .....          | <input type="checkbox"/> Aids/HIV: ..... |
| <input type="checkbox"/> Masern: .....       | <input type="checkbox"/> Röteln: .....               | <input type="checkbox"/> Gonorrhoe: .....         | <input type="checkbox"/> Sonstige: ..... |
| <input type="checkbox"/> Keuchhusten:.....   | <input type="checkbox"/> Pfeiff. Drüsenfieber: ..... | <input type="checkbox"/> Malaria: .....           | .....                                    |
| <input type="checkbox"/> Kinderlähmung:..... | <input type="checkbox"/> Tetanus: .....              | <input type="checkbox"/> Salmonellen: .....       |  |
| <input type="checkbox"/> Windpocken: .....   | <input type="checkbox"/> Tuberkulose: .....          | <input type="checkbox"/> Tropenkrankheiten: ..... |  |

**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..... seit .....
- b..... seit .....
- c..... seit .....

**7. Bei welchen Fachärzten, Heilpraktikern und Therapeuten waren Sie (Name, Fachgebiet), welche Untersuchungen (z.B. EKG, Röntgen, Labor) und Behandlungen wurden durchgeführt? Befunde und Berichte mitbringen**

- a..... b.....
- c..... d.....
- e..... f.....

**8. Welche Medikamente nehmen Sie in welcher Dosierung und seit wann? (Präparat / Dosierung 1-0-0 / besonders wichtig sind „Blutverdünner“ wie ASS, Marcumar, Eliquis, Pradaxa, Xarelto, .....)**

- a..... Dosis.....seit..... b..... Dosis.....seit.....
- c..... Dosis.....seit..... d..... Dosis.....seit.....
- e..... Dosis.....seit..... f..... Dosis.....seit.....

weiter auf Zusatzblatt

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

a..... wann.....                      b..... wann.....  
 b..... wann.....                      d..... wann.....  
 e..... wann.....                      e..... wann.....

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

Fieber                                       Krämpfe                                       Unruhe  
 Schlaflosigkeit                               Müdigkeit                                       Verhaltensänderungen  
 Wenn ja, auf welche?.....

**11. Wie ist Ihr Schlaf?**

Schlaflosigkeit                                       Sprechen im Schlaf  
 Ein-/Durchschlafstörungen                                       Nachtschweiß  
 häufiges Erwachen, um welche Uhrzeit? .....                                       heiße Füße                                       kalte Füße  
 nächtliches Wasserlassen                                       Zähneknirschen  
 Unruhe in den Beinen                                       Schnarchen  
 lebhaftere Träume                                       sonstiges: .....

**12. Welche Zahnmaterialien haben Sie?**

Amalgam                       Gold                       Titan                       Palladium                       Kunststoff                       Keramik

**13. Ernährung / Lebensführung - Zutreffendes ankreuzen**                      täglich                      oft                      gelegentlich                      nie

Rauchen Sie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trinken Sie Alkohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bohnenkaffee	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwarztee	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cola/Limonade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diätgetränke mit Süßstoffen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Essen Sie Süßigkeiten oder Kuchen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mehlspeisen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Milchprodukte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schweinefleisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wursterzeugnisse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Konserven	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
stark gesalzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
scharf gewürzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Obst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vollkornzeugnisse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Salat / Rohkost	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frischgemüse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlafen Sie weniger als 6 Std.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sitzen Sie mehr als 8 Std.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bewegen Sie sich im Freien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Welchen Sport treiben Sie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**14. Auf welche Lebensmittel können Sie nur schwer verzichten?**

.....

**15. Wie viel Wasser und/oder Kräutertee trinken Sie am Tag in Liter?**.....

**16. Leben Sie nach bestimmen Ernährungsgewohnheiten? (Bruker, Budwig, Vegetarisch, Vegan, Trennkost, etc.)**

.....

**17. Essen Sie schnell oder nehmen Sie sich Zeit?** .....

**18. Welche Erkrankungen sind in Ihrer Familie bekannt?**

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Allergien              | <input type="checkbox"/> Gicht                 | <input type="checkbox"/> Nervenerkrankungen          |
| <input type="checkbox"/> Asthma                 | <input type="checkbox"/> Hauterkrankungen      | <input type="checkbox"/> Neurodermitis               |
| <input type="checkbox"/> Diabetes               | <input type="checkbox"/> Herzkrankheiten       | <input type="checkbox"/> Rheumatismus                |
| <input type="checkbox"/> Epilepsie              | <input type="checkbox"/> Infektionskrankheiten | <input type="checkbox"/> Schlaganfall                |
| <input type="checkbox"/> Gefäßerkrankungen      | <input type="checkbox"/> Krebs                 | <input type="checkbox"/> Steinleiden (Galle / Niere) |
| <input type="checkbox"/> Geschlechterkrankungen | <input type="checkbox"/> Multiple Sklerose     | <input type="checkbox"/> Tuberkulose                 |

**19. Eltern**

Mutter: Erkrankungen: .....  verstorben am .....

Vater: Erkrankungen: .....  verstorben am .....

**20. Kinder**

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Geburten (Anzahl) .....         | <input type="checkbox"/> Fehlgeburten .....  | <input type="checkbox"/> Hormonbehandlungen .....      |
| <input type="checkbox"/> Ich nehme die Pille seit: ..... | <input type="checkbox"/> Spirale seit: ..... | <input type="checkbox"/> Letzte Regel mit ..... Jahren |

**21. Empfindlichkeiten**

- |   |                                |                                 |  |
|---|--------------------------------|---------------------------------|--|
| Reagieren Sie überempfindlich auf                 | <input type="checkbox"/> Wärme | <input type="checkbox"/> Kälte  | <input type="checkbox"/> nein            |
| Schwitzen Sie leicht?                             | <input type="checkbox"/> ja    |                                 | <input type="checkbox"/> nein            |
| Frieren Sie schnell?                              | <input type="checkbox"/> ja    |                                 | <input type="checkbox"/> nein            |
| Leiden Sie an Konzentrationsschwäche?             | <input type="checkbox"/> ja    |                                 | <input type="checkbox"/> nein            |
| Leiden Sie an Müdigkeit oder Erschöpfung?         | <input type="checkbox"/> ja    |                                 | <input type="checkbox"/> nein            |
| Wie belastbar und leistungsfähig fühlen Sie sich? | <input type="checkbox"/> sehr  | <input type="checkbox"/> mäßig  | <input type="checkbox"/> nicht belastbar |
| Leiden Sie unter Wetterfühligkeit?                | <input type="checkbox"/> ja    | <input type="checkbox"/> selten | <input type="checkbox"/> nein            |
| Wie äußert sich diese:.....                       |                                |                                 |  |

**22. Emotionale Probleme**

- |   |                                    |                                   |  |
|---|------------------------------------|-----------------------------------|--|
| Gab oder gibt es in Ihrer Familie Depressionen? | <input type="checkbox"/> ja        |                                   | <input type="checkbox"/> nein              |
| Wenn ja, bei wem?                               | <input type="checkbox"/> selbst    | <input type="checkbox"/> Vater    | <input type="checkbox"/> Mutter            |
| Gibt es bei Ihnen belastende Probleme?          | <input type="checkbox"/> beruflich | <input type="checkbox"/> familiär | <input type="checkbox"/> partnerschaftlich |
| Leiden Sie unter Ängsten oder Burnout?          | <input type="checkbox"/> ja        |                                   | <input type="checkbox"/> nein              |
| Nähere Angaben:.....                            |                                    |                                   |  |

**22. Sonstige Angaben - verwenden Sie diese Zeilen ggf. die Rückseite, für zusätzliche Bemerkungen.**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

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

.....

.....

Datum ..... Unterschrift .....