

Patientendaten:

Name: .....

Vorname: ..... Geburtsdatum: .....

Anschrift Straße: .....

Anschrift PLZ / Ort: .....

Telefon: ..... mobil: .....

eMail: ..... @ .....

Beruf: .....

Damit verbundene Belastungen? (z.B. Lärm, Staub): .....

Hausarzt: .....

Selbstzahler / Krankenversicherung: .....

Ich erlaube der Heilpraktikerin die Rücksprache mit meinen behandelnden Ärzten, wenn dies meiner Behandlung zuträglich ist. Ich kann diese Erlaubnis jederzeit zurückziehen.

Ggfs. Daten des Versicherten (Elternteil, Ehepartner):

Name: .....

Vorname: ..... Geburtsdatum: .....

Ggfs. abweichende Anschrift: .....

.....

Für gesetzlich Krankenversicherte:

Mir ist bekannt, daß eine Heilpraktikerbehandlung von meiner Krankenkasse nicht bezahlt wird. Ich werde die Rechnung privat bezahlen.

Sofern nicht ein festes Honorar im Vorfeld vereinbart wurde, berechnet es sich nach dem Zeitaufwand der Heilpraktikerin. Sie erhält hierfür eine Vergütung in Höhe von 60,00 € je voller Stunde. Angebrochene Stunden werden anteilig berechnet.

Das Honorar ist unmittelbar zur Zahlung fällig. Eine Rechnung wird mir ausgestellt.

Siegen, den .....

(Unterschrift Patient / gesetzl. Vertreter)

**Anamnese-Bogen**

Liebe Patienten,

vor Ihnen liegt ein ausführlicher Fragenkatalog, der Sie vielleicht etwas überrascht, vielleicht haben Sie aber auch schon so etwas erwartet.

Eine hoffentlich erfolgreiche Therapie setzt eine gute Diagnose voraus und es ist daher wichtig, möglichst umfassend über Sie als Patient und als Mensch informiert zu sein, also über Ihre Krankengeschichte, Ihre Lebensumstände, Ihre Familiengeschichte. So können wir gemeinsam Ursachen und Lösungen finden.

Nehmen Sie sich also ruhig Zeit und versuchen Sie, die Fragen vollständig zu beantworten.

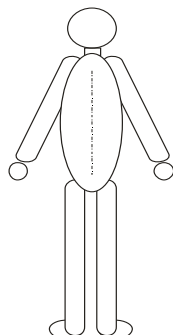
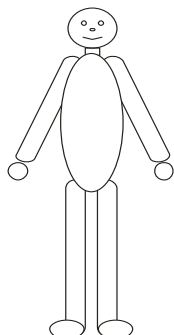
Vielen Dank.

Geschlecht: männlich  weiblich  Größe \_\_\_\_\_ cm Gewicht \_\_\_\_\_ kg:

Was sind Ihre hauptsächlichen Beschwerden? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Seit wann haben Sie diese und wie äußern sie sich? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Wenn Sie wegen Schmerzen kommen, tragen Sie diese bitte in die Zeichnungen ein:



Wurden bei Ihnen schon Operationen durchgeführt?

Ja  Nein

Wenn ja, welche und wann?

---

---

---

Haben Sie Narben (auch kleinere können wichtig sein)?

---

---

---

Bestehen aktuell zusätzliche Erkrankungen zu den o.g. Beschwerden?

---

---

---

Bestehen chronische Erkrankungen (Diabetes, Bluthochdruck, Gicht, Blutfetterhöhung etc.)?

---

---

---

Frühere Erkrankungen? Kinderkrankheiten?

---

---

---

Sind Allergien bekannt / besteht ein Verdacht auf Allergien? Haben Sie einen Allergiepaß?

---

---

---

Welche Medikamente nehmen Sie und seit wann?

---

---

---

Welche Impfungen haben Sie bekommen?

---

---

---

Ihre Gewohnheiten?

**Rauchen Sie?**

Ja  Nein  Wenn ja, was?  Zigaretten  Zigarren  Pfeife  \_\_\_\_\_

Wieviel? \_\_\_\_\_ Stück / \_\_\_\_\_ Schachtel(n)

**Trinken Sie regelmäßig Alkohol?**

Ja  Nein  Wie oft? \_\_\_\_\_

Welchen? \_\_\_\_\_

**Haben Sie viel Stress?**

Ja  Nein  Wenn ja, nähere Angaben? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Treiben Sie Sport?**

Ja  Nein  Wie oft? \_\_\_\_\_

Welchen? \_\_\_\_\_

**Essen Sie frisches Obst und Gemüse?**

Ja  Nein  Wie oft? \_\_\_\_\_

Welches? \_\_\_\_\_

**Essen Sie regelmäßig Seefisch?**

Ja  Nein  Wie oft? \_\_\_\_\_

**Essen Sie Fleisch und Wurst?**

Ja  Nein  Wie oft? \_\_\_\_\_

**Schlafen Sie ausreichend?**

Ja  Nein  \_\_\_\_\_ Stunden pro Nacht

Haben Sie Beschwerden an bzw. mit (ggfs. markieren und näher erläutern)

Kopf – Hals – Schilddrüse – Zähnen \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Herz – Kreislaufsystem \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Lunge – Atemwegen \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Magen – Darmsystem \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Niere – Harnsystem \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nerven – Knochen – Muskeln – Gelenken \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Haut \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Sonstige Beschwerden \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Zur Familienvorgeschichte:

Gibt / gab es in Ihrer Familie?

Ggfs. bei welchen Verwandten?

Herzerkrankungen

\_\_\_\_\_

Bluthochdruck

\_\_\_\_\_

Schlaganfälle

\_\_\_\_\_

Übergewicht

\_\_\_\_\_

Zuckerkrankheit

\_\_\_\_\_

Krebsleiden

\_\_\_\_\_

Rheuma

\_\_\_\_\_

Rücken- und Gelenkkrankheiten

\_\_\_\_\_

andere Krankheiten

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_