



Anamnesebogen / Fragebogen

Datum: _____

Bitte füllen Sie den Fragebogen aus. Bei Beispielen genügt es zu unterstreichen, sofern diese zutreffen;
ansonsten gerne mit eigenen Worten beantworten. Bitte nehmen Sie sich genug Zeit!
Bringen Sie den Fragebogen zum ersten Termin mit oder besser noch, mailen Sie mir den vorab zu.

Versicherung:

Selbstzahler gesetzliche KV (AOK, DAK usw.) Beihilfe/Post Privat-Versicherung

Vorname: _____ Name: _____

Geb.-Dat.: _____ Größe: _____ Gewicht: _____

Beruf: _____ Familienstand: _____ Kinder: _____

Anlass Ihres Besuches:

- Hautprobleme
- Akne- Sprechstunde
- Haar-Sprechstunde
- Haarausfall
- Ästhetik-Wünsche
- Vitalstoff-Sprechstunde
- Darm-Sprechstunde

Wie ist Ihr Behandlungsauftrag -wunsch an mich?

Haben Sie, oder leiden Sie unter:

- Hautkrankheiten, Herzerkrankungen, Rheuma, Schilddrüsenenerkrankung, Asthma, Depression,
- Fettstoffwechselerkrankung, Nierenerkrankung, Tumorerkrankung, Lebererkrankung, ...

Aktuelle Beschwerden:

Ursachen der Beschwerden:

- z.B.: Erkrankungen, Unfälle, Medikamente, Impfungen, Infektionen, ...

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig?

z.B. O Pille, O pflanzliche Mittel, O Schlaf-, O Beruhigungsmittel, O Darmmittel oder O Nahrungsergänzungsmittel, ...

Bisherige Therapien:

Welche Operationen hatten Sie bereits?

O Blinddarm, O Mandeln, O Anderes _____

Allergien/Unverträglichkeiten:

O Laktoseintoleranz O Fruktoseintoleranz O Zöliakie O Glutenunverträglichkeit O Histamin-Intoleranz
O Lidocain, O Schmerzmittel, O Penicillin, O Acetylsalicylsäure (z.B. Aspirin), O Hausstaub, O Heuschnupfen,
O Tierhaare, O Nahrungsmittel, O Anderes

Welche Infektionskrankheiten haben Sie wann durchgemacht?

O Masern, O Mumps, O Röteln, O Keuchhusten, O Windpocken, O Scharlach, O Tetanus, O Kinderlähmung (Polio),
O Malaria, O Salmonellose, O Ruhr, O Pfeiffersches Drüsenfieber (EVB-Virus), O Gonorrhöe (Tripper), O Syphilis,
O Tropenkrankheiten, O Tuberkulose, O Herpes, O Borreliose, O Zeckenbiss (wann? Behandlung?) O Anderes

Wurden diese Erkrankungen oder andere schon einmal mit Antibiotika behandelt? O ja O nein

Mit welchen? _____ wann? _____

Mit welchen? _____ wann? _____

Familienvorgeschichte: Welche Krankheiten sind Ihnen in Ihrer Familie bekannt? Eltern, Großeltern, Urgroßeltern, Geschwister.

z.B. O Krebs, O Tuberkulose, O Herzerkrankung, O Gefäßerkrankung, O Schlaganfall, O Depressionen, O Allergien,
O Geschlechtskrankheiten, O Suizid, O Asthma, O Diabetes, O Rheuma, O Nierensteine, O Gallensteine, O Multiple
Sklerose, O Gicht, O Schuppenflechte, O Neurodermitis, O Migräne, O Anderes

Welche Impfungen und Auffrischungen haben Sie bekommen und wann?

O Grippe, O Zecken, Covid-19, O Grippe, O Zecken, O Tuberkulose (BCG), O Polio (Kinderlähmung), O Diphtherie,
O Tetanus, O Hepatitis, O Cholera, O Gelbfieber, O Pocken, O Andere

Gab es Reaktionen auf Impfungen?

O Fieber, O Krämpfe, O Unruhe, O Schlaflosigkeit, O Hautprobleme, O Anderes

Kopf zu Fuß Schema

Kopf

Leiden Sie unter Kopfschmerzen? Falls ja,

O häufig, O selten, O Stirn, O Augen, O Schläfe, O Hinterkopf, O morgens, O abends, O links - O rechts, O beidseitig

Augen: _____

Ohren: O links / O rechts, O Tinnitus seit _____ O Hörprobleme seit _____ O Andere _____

Schilddrüse: _____

Zähne _____

Haben Sie noch Amalgamfüllungen? O Ja O Nein

Wurden bei Ihnen Amalgamfüllungen entfernt? O Ja O Nein

Wurde eine Amalgamausleitung durchgeführt? O Ja O Nein

Haben Sie Wurzelbehandelte Zähne, wenn ja welche? Wie viele? _____

Zahnfüllmaterialien: O Amalgam, O Kunststoff, O Gold, O Keramik

Brust und Bauch

Herz: O Beschwerden, O Stechen, O Druck, O Infarkt, O Beklemmung, O Rhythmusstörung, O Blutdruckwert _____

Lunge: O Bronchitis, O Husten, O Asthma, O Erkältungsneigung, O Heuschnupfen. Rauchen O ja O nein

Leber: O Entzündung – O Hepatitis, O druckempfindlich, O Schmerzen

Galle: O Steine, O Koliken, O Operation, O Druck im Oberbauch, O Fettunverträglichkeit, O analer Juckreiz

Magen: O Völlegefühl, O Gastritis, O Appetitlosigkeit, O Schmerzen vor oder nach dem Essen? _____

O Nahrungsmittelunverträglichkeiten, O Übelkeit, O Blähungen, O Allergien

Darm: O Infektionen, O Hämorrhoiden, O Blinddarmoperation, O Blähungen – O Geruch, O Reizdarm,

O Morbus Chron, O Colitis Ulcerosa, O Darm-OP?

Stuhlgang: O täglich, jeden O 2, O 3, O 4. Tag, O unregelmäßig, O Neigung zur Verstopfung, O Neigung zum Durchfall,

O Stuhl hell, O dunkel, O übel riechend, O hart, O knollig, O weich, O schmierig, O pastenartig, O Gefühl, nicht fertig

zu werden, O Stuhlgang wechselhaft usw. _____

Hormonerkrankung: O Diabetes, O Hypophysenadenom, O Medikamente – Dosierung _____

Schilddrüse: O Über- oder Unterfunktion, O Vergrößerung, O Knoten, O Operation, wann? _____

Blutwerte? _____ Medikamente – Dosierung? _____

Niere/Blase: O Nierensteine, O Entzündungen – O häufig, O wiederholt, O jährlich wie oft? _____

Harn: O viel, O wenig, O häufig, O kann nicht halten, O kleine Mengen, O Geruch? _____

Haare

- Wie ist die Behaarung des Großvaters mütterlicherseits?
 - Haben Sie: Kopfhautprobleme?
 - Wann war der Beginn des Haarausfalls?
 - Haben Sie: Kreisrunden Haarausfall?
 - Haben Sie: Diffusen Haarausfall?
-
-

Haut

- Haben Sie: Hautprobleme?
 - Welche Pflegeprodukte verwenden Sie?
 - Sien Sie Pickel/ Akne/ Haarausfall/ Hautprobleme zyklusbedingt?
-
-

Frauen:

Anzahl Schwangerschaften: _____

Anzahl Geburten: _____

O Ausfluss, O Eierstockentzündungen, O Ausschabungen, O Fehlgeburten, O Abgänge, O künstliche Befruchtungen, O Tumore, O Zysten, O Myome, O Geschlechtskrankheiten, O KiWU Behandlung aktuell oder früher? _____

Menses: Wann war die erste Periode _____ wann die letzte _____

Beschwerden O vor - O nach - O während der Regel - welche? _____
regelmäßig, unregelmäßig, schmerzhaft, stark, wenig

O Klimakterische Beschwerden, O Schlafstörungen, O Gelenkschmerzen, O Stimmungsschwankung, O Gewicht, O chronische Müdigkeit, O Haarausfall, O trockene Schleimhäute, O Osteoporose, O Anderes

Wenn Pille, welche? _____

Allgemeines

Haben Sie derzeit Stress? _____

Was essen Sie am liebsten? _____

Gibt es Abneigungen? _____

Essen Sie fett- oder eiweißarm, vegetarisch, vegan, glutenfrei _____

Wie viele Mahlzeiten essen Sie über den Tag? _____

Wieviel Liter und was trinken Sie pro Tag? _____

Wieviel Kaffee/aufputschende Getränke trinken Sie pro Tag? _____

Trinken Sie Alkohol? _____

Nehmen Sie Zuckerersatzstoffe zu sich? _____

Treiben Sie Sport? Welchen, seit wann? _____

Schlaf: O Schlaflosigkeit, O häufiges Erwachen, O Toilettengang (Uhrzeit _____) O Nachtschweiße,
O Schwierigkeiten beim Einschlafen, O Sprechen im Schlaf, O Unruhe in den Beinen, O heiße Füße,
O Zähneknirschen, O Hitzewallungen, O Gelenkschmerzen, O Herzrasen, O Anderes _____

Schlafzeit: übliches zu Bett gehen _____ übliches Aufstehen _____

Wie ist Ihr Gemütszustand? Punkte 1= schlecht - 10 = sehr gut _____

Sind Sie gestresst? Ja/nein und warum? _____

Sind Sie schnell grundlos erschöpft? O Ja O nein? _____

Sind Sie gereizt? O Ja O nein? und warum? _____

Sind sie glücklich? O Ja O nein? _____

Was stört Sie in Ihrem Leben? _____

Blutgruppe: _____

Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit ein? Bitte Beipackzettel oder Medikament mitbringen.

Bitte auch Nahrungsergänzungsmittel oder sonstiges angeben. Bei Testung zur Unverträglichkeit bitte Inhalt in kleinem Glas mitbringen (z. B. Tablette ins Glas)

Chronologie der Krankengeschichte:

Bitte erfassen Sie alle bisherigen Erkrankungen und Operationen in zeitlicher Reihenfolge, die Sie durchgemacht haben. Falls nötig auf einem extra Blatt.

Bitte alle vorhandenen Laborwerte zum Termin mitbringen.

Behandlungsinformationen

- Eine **naturheilkundliche Behandlung** beinhaltet vor allem Natur- und Erfahrungsheilkunde und strebt insbesondere die Stärkung der natürlichen Abwehrkräfte an. Es werden Therapieverfahren angewandt, die sich von dem schulmedizinischen Standard und deren Wirksamkeit empirisch nicht immer sicher belegen lassen. Es handelt sich hier vor allem um die Wirksamkeit der Erfahrungsheilkunde! Wir sind jedoch auch der wissenschaftlichen biologischen Medizin verpflichtet!
- Aufgrund Ihrer Angaben erstellt der Heilpraktiker ein **individuelles Behandlungskonzept**. Dies erfolgt in Absprache mit dem Patienten. Die Behandlung erfordert die Mitwirkung des Patienten und eine zuverlässige Umsetzung der besprochenen Vorgehensweise.
- Der Heilpraktiker unterliegt der ärztlichen **Schweigepflicht** und kann nur Auskunft erteilen, wenn er vom Patienten gegenüber einer dritten Person, z. B. Versicherer von dieser ganz oder teilweise entbunden wird.
- Meldepflichtige Krankheiten laut dem Infektionsschutzgesetz sowie Geschlechtskrankheiten muss der Heilpraktiker laut Gesetz an die zuständige Behörde melden und kann davon nicht entbunden werden.
- Vereinbarte Termine müssen spätestens 24 Stunden vor dem Terminbeginn abgesagt werden. **Ausgefallene Termine** oder nicht abgesagte Termine werden mit 50 € in Rechnung gestellt unabhängig vom Grund.

Zu Ihrer Information: Auszug aus dem Behandlungsvertrag:

§ 2 Honorar, Kostenerstattung

Ein kurzes Informationsgespräch von ca. 15 Minuten ist kostenfrei.

Das Honorar für die Behandlung berechnet sich nach der aktuell gültigen Preisliste oder dem Zeitaufwand des HP.

O Zeitaufwand: eine Vergütung in Höhe von 69 € je 30 Minuten.

O Preisliste: die Vergütung wird nach der aktuellen Preisliste je Behandlung/Therapie berechnet.

O Naturheilkundlicher Erst-Termin von ca. 60 Minuten – z.B. Anamnese, Behandlungsplan, Blutabnahme 150 €.

O HP Folge-Termin (Telefon, Video-Sprechstunde) – z. B. Besprechung, Labor, Rezept ab 69 € / 30 Min.

Das Honorar ist unmittelbar nach der Behandlung Bar oder per EC-Karte zur Zahlung fällig.

In begründeten Fällen können Termine nur nach entsprechender Vorauszahlung angenommen werden.

Das Gebührenverzeichnis der Heilpraktiker (GebüH) in der aktuellen Fassung

O findet keine Anwendung (Ästhetik Leistungen sind reine Privatkosten)

O findet Anwendung zur Rechnungslegung für die Private Krankenkasse, Zusatzversicherung, Beihilfe

O ist basierend auf der Gebührenverordnung für Heilpraktiker (GebüH)

O wird ohne Anrecht auf Erstattung abgerechnet.

Die Kosten für die jeweilige Diagnostik und Therapie richten sich individuell nach Ihrem persönlichen Krankheitsbild und der Dauer der Behandlung. Soweit die vereinbarten Leistungen auch Leistungen Dritter, z.B. Laboruntersuchungen erfordern, werden diese gesondert berechnet.

§ 3 Aufklärung/Hinweise

Der Patient/Kunde hat den diesem Vertrag angehängten Fragebogen wahrheitsgemäß auszufüllen. Er wird über sämtliche für die Einwilligung in die Behandlung wesentlichen Umstände aufgeklärt. Dazu gehören insbesondere Art, Umfang, Durchführung, zu erwartende Folgen und Risiken der Behandlung sowie ihre Notwendigkeit, Dringlichkeit, Eignung und Erfolgsaussichten im Hinblick auf die Diagnose oder die Therapie/Behandlung. Die Aufklärung erfolgt mündlich durch den Behandelnden. Bei bestimmten Behandlungen wird dem Patienten/Kunden zudem ein Aufklärungsbogen ausgehändigt, welcher weitere Vertragsbedingungen und Hinweise enthält und Vertragsbestandteil ist. Trotz aller Sorgfalt kann keine Erfolgsgarantie gegeben werden.

Versicherte der gesetzlichen Krankenkassen haben die Behandlungskosten selbst zu tragen. Mitglieder privater Krankenversicherungen oder Beihilfeberechtigte können im Falle medizinischer Behandlungen ggf. einen (Teil-) Erstattungsanspruch der Behandlungskosten gegenüber ihrer Versicherung haben. Der Patient/Kunde hat das Erstattungsverfahren gegenüber seiner Versicherung eigenverantwortlich durchzuführen. Hierzu erforderliche Unterlagen (u.a. Rechnungen) händigt der HP dem Patienten/Kunden aus. Das Ergebnis des Erstattungsverfahrens lässt den Honoraranspruch des HP gegenüber dem Patienten/Klienten unberührt.

Ich habe den Fragebogen vollständig gelesen und verstanden und nach bestem Wissen und Gewissen ausgefüllt. Ebenso habe ich die vorstehenden Informationen zur Kenntnis genommen und verstanden. Ich habe die Patientenaufklärung erhalten, ein Aufklärungsgespräch hat stattgefunden, und willige in die Behandlung ein. Die Behandlung kann ich jederzeit abbrechen.

Ort, Datum: _____ Unterschrift _____

Ich bin einverstanden, dass ich für Terminabsprache, Einladungen und Informationen über aktuelle Kommunikationswege z. B. via Email, SMS, oder WhatsApp kontaktiert werde. Kurzfristige Informationen, Terminabsprachen oder besondere Einladungen und Aktionen werden z. B. per Email, SMS oder WhatsApp mitgeteilt. Ich bin damit einverstanden Infos per Email, SMS oder WhatsApp zu erhalten.

Ort, Datum: _____ Unterschrift _____