

Patientenfragebogen

Dieser **Aufnahmebogen** hilft Dir, sich in Ruhe auf unseren Termin vorzubereiten. Bitte nimm Dir für den Fragebogen genügend Zeit. Falls der Platz nicht ausreicht, verwende ein Extra-Blatt. Wir kennen uns noch nicht und so kann ich gut verstehen, wenn Sie auf die eine oder andere Frage erst in unserem Termin eingehen möchten.

Name, Vorname	Beruf, erlernt
Straße, Wohnort mit PLZ	Beruf, ausgeübt
E-Mail	Telefon/Handy
Geburtstag, -ort und Uhrzeit	Hausarzt

Familienstand: ledig verheiratet/feste Beziehung verwitwet/getrennt/geschieden

Kinder: Anzahl _____ davon in Ihrem Haushalt lebend _____

Geburtsjahr (m/wbl) 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____

Versicherung: Gesetzlich Privat-Versicherung Zusatz Vers für Heilpraktiker Beihilfe/Post

Allgemein

Was ist Ihr **Wunsch** an mich, was ist Ihr **Ziel** ?

Gab es aus Ihrer Sicht einen **Auslöser** für Ihre jetzigen Beschwerden ? Z.B. eine Erkrankung, Kummer, Trauer, OP, Medikamente, Trennung, Arbeitslosigkeit, usw.

Krankengeschichte Bitte erfassen Sie möglichst alle bisherigen Erkrankungen, Operationen und Antibiotika-Gaben, die Sie durchgemacht haben. Bitte mit zeitlichen Angaben und gerne chronologisch, ggfs. auf einem gesondertem Blatt.

Welche **Medikamente/Nahrungsergänzungsmittel** nehmen Sie derzeit ein? In welcher Dosierung? Bitte Beipackzettel oder Medikament/Präparat mitbringen.

Laborbefunde

Sofern vorhanden, bringen Sie bitte Labor-/Untersuchungsbefunde oder OP-Berichte mit. Gggfs besorgen Sie sich relevante Unterlagen bei Ihrem Arzt.

Basics

Mein aktuelles Körpergewicht	Körpergröße
Veränderung/Zeitraum	Blutdruck
Gab es einen Auslöser? Welchen?	Blutgruppe
Trinkmenge gesamt	Ernährungsweise
Was genau trinken Sie (in Liter/Tassen): Wasser: still – Kohlensäure Kaffee – Tee Limo-Cola-Säfte-anderes	Selbst zu bereitet - Hausmannskost - vegetarisch - vegan - Vollwertig - Kantine - Mikrowelle - Fertiggerichte/Fast Food - Heißhunger auf:
Rauchen <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> früher <input type="checkbox"/> ja Wie oft? Menge? Was? Seit wann?	Alkohol <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> früher <input type="checkbox"/> ja Wie oft? Was? Menge?
Konsumieren Sie Drogen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> früher <input type="checkbox"/> ja Wie oft? Seit wann? Was?	Sport Welchen ? Wie oft? Wie intensiv?
Auslandsaufenthalt(e) , in den letzten 5 Jahre? Wo?	
Impfungen/Auffrischungen z.B. CORONA, Diphtherie, Grippe, Tuberkulose, Polio, Tetanus, Hepatitis, Cholera, Gelbfieber, Pocken, Zecken, usw. Gab es Reaktionen auf Impfungen ? z. B. Schlaflosigkeit, Fieber, Krämpfe, Unruhe, Verhaltensveränderungen, usw?	
Infektionskrankheiten durchgemacht bzw. chronisch: Masern - Mumps - Röteln - Keuchhusten - Scharlach - Windpocken - Tetanus - Kinderlähmung - Malaria - Pfeiffersches Drüsenfieber – Tuberkulose - Corona andere	
Chronische Erkrankungen welche? Behandlung?	

<p>Schlafqualität Schwierigkeiten Einschlafen / Durchschlafen - häufiges Erwachen (Uhrzeit) - Schnarchen - Nachtschweiße - Unruhe in den Beinen - kalte / heiße Füße - Zähneknirschen - Atemaussetzer - verstopfte Nase morgens - schlechte Träume - sonstiges</p>	<p>Schlafzeit übliches zu Bett gehen übliches Aufstehen Fühlen Sie sich morgens ausgeruht?</p>
<p>Krankheiten in der Familie O Schlaganfall O Gefäßkrankheiten O Diabetes O Herzkrankheiten O Gicht O Rheuma O Migräne O MS O Asthma O Allergien, welche O psych. Erkrankungen, welche O andere</p>	<p>Erkrankungen insbesondere der weiblichen Verwandten ? O hormonelle Probleme (Menstruation, ungewollte Kinderlosigkeit, Wechseljahre, schwierige Schwangerschaften) O psychische Belastungen O Magen-Darm O Lernstörungen O Infektanfälligkeit O Nahrungsmittelunverträglichkeiten O Stressanfälligkeit O andere ?</p>
<p>Unfälle die Auswirkungen auf Nacken, Becken und/oder Wirbelsäule gehabt haben/ haben könnten: Auffahrunfälle - Fahrrad/Motorrad - Reiten - Skifahren - Sprung ins Wasser - Sturz von Leiter/ Wickeltisch/Schaukel/Treppe - schwieriger Geburtsvorgang (eigener) - anderes Wann (Jahr)? Welche Beschwerden stellten sich danach ein?</p>	

Kopfbereich

<p>Zähne/ Kiefer Parodontose - Entzündungen - Tote Zähne - anderes Hatten/haben Sie Amalgamfüllungen ? O Nein O Ja, wie viele ca. Hatte Ihre Mutter während der Schwangerschaft Amalgamfüllungen oder -entfernungen? aktuelle Zahnfüllmaterialien O Amalgam O Kunststoff O Gold O Keramik</p>	
<p>Schilddrüse Überfunktion / Unterfunktion - Vergrößerung - Operation</p>	<p>Mandeln häufig entzündet als Kind / heute - Operation Polypen Operation</p>
<p>Nase (häufige) Nasennebenhöhlenentzündungen - Nase verstopft nach dem Aufwachen - laufende Nasen nach dem Essen - behinderte Nasenatmung</p>	<p>Ohren Ohrgeräusche – Ohrjucken – schlechter werdendes Hörvermögen</p>

Verdauung/Bauch

<p>Galle Steine - Koliken - Operation - Druck im Oberbauch - Fettunverträglichkeit - anderes</p>	<p>Leber Entzündung /Hepatitis - Fettleber - auffällige Laborwerte - anderes</p>
<p>Stuhlgang täglich - jeden 2. - 3. - 4. Tag - mehrmals täglich - wässrig/blutig -unregelmäßig - Verstopfung - Durchfall Beschaffenheit: Stuhl ist hell / dunkel - übel riechend - hart / knollig / weich - wechselhaft - schwimmt auf dem Wasser der Toi - kann Stuhl nicht halten - Gefühl, nicht fertig zu werden - anderes</p>	
<p>Darm chron. Erkrankung - Infektionen - Hämorrhoiden-Blähungen - Divertikel - Entzündungen - anderes</p>	<p>Magen Völlegefühl/ Druck - Appetitlosigkeit - Gastritis Übelkeit - Sodbrennen - Abneigung gegen Speisen - anderes</p>
<p>echteAllergien/ Verdacht auf</p>	<p>Nahrungsmittelunverträglichkeiten</p>

Extremitäten/Rücken/Gelenke/Haut

<p>Arme/Hände Verletzungen - Schmerzen - Kribbeln – Karpaltunnel - kalte Hände - anderes</p>	<p>Beine/Füße Verletzungen - Krampfadern - Operationen - Kribbeln - kalte Füße - Krämpfe - Taubheitsgefühl - anderes</p>
<p>Rücken/Nacken Schmerzen - Verspannungen - Osteoporose - Operationen O HWS O BWS O LWS O ISG</p>	<p>Gelenke Entzündungen - Arthrose - Versteifungen Bewegungseinschränkung - anderes</p>
<p>Haut/Nägel Verbrennungen - Hautjucken - Warzen - Pilze - anderes</p>	<p>Haare Ausfall - anderes</p>
<p>Narben Operationen - Verletzungen – Beschwerden wo/ welche? ggfs Extra - Fragebogen von der Homepage verwenden</p>	<p>Schmerzfragen s. Extra - Fragebogen von der Homepage verwenden</p>

Niere/Blase

Blase /Niere Entzündungen, akut / chronisch/häufig - Reizblase - Nierensteine - Beschwerden beim Wasserlassen	Harn viel/wenig/häufig - kann nicht halten - Geruch nach müssen Sie nachts raus? wie oft
---	--

Unterleib

Gynäkologie Myome/Tumore - Zysten - Ausschabungen - Konisation - Ausfluss - TotalOP - ungewollte Kinderlosigkeit - KiWubehandlung - Fehl-/ Totgeburten (Anzahl Wann) anderes	Verhütung Seit wann, womit? Einnahme der Pille? Von wann bis wann? Warum? Verträglichkeit/Beschwerden
Kinderwunsch? Seit wann? Maßnahmen? Hormonelle Stimulation?	Menses allererste Blutung im Lj Datum letzte Regel Länge Tage, Zyklusfrequenz Beschwerden
Wechseljahre Allerletzte Blutung Beschwerden	Prostata vergrößert - Beschwerden beim Wasserlassen - Entzündungen ? Vorsorgeuntersuchung zuletzt PSA-Wert

Sonstiges

Arbeitswelt	Familiär
Üben Sie einen Beruf aus?	Belastungen durch:
Arbeiten Sie gern in diesem Beruf?	<input type="checkbox"/> Partner <input type="checkbox"/> Eltern <input type="checkbox"/> Pflegesituation
Belastungen durch :	<input type="checkbox"/> Kinder, eigene <input type="checkbox"/> Kinder des Partners
<input type="checkbox"/> Chef <input type="checkbox"/> Kollegen <input type="checkbox"/> Arbeitspensum	<input type="checkbox"/> alte Eltern <input type="checkbox"/> Freunde <input type="checkbox"/> Nachbarn
<input type="checkbox"/> Arbeitsweg <input type="checkbox"/> Arbeitstempo <input type="checkbox"/> Schichtarbeit	<input type="checkbox"/> Todesfall <input type="checkbox"/> Scheidung/Trennung
<input type="checkbox"/> Über-/Unterforderung <input type="checkbox"/> Homeoffice	<input type="checkbox"/> schwere Erkrankung, eigene/Partner/Kind/Eltern
anderes	<input type="checkbox"/> Einsamkeit <input type="checkbox"/> Langeweile <input type="checkbox"/> Gewalt
Ohne Beruf: würden Sie gerne einer Tätigkeit nachgehen? Welcher?	<input type="checkbox"/> Gefühle der Sinnlosigkeit - Ohnmacht - Wertlosigkeit - Hoffnungslosigkeit - anderes

Für alles, was im Fragebogen keinen Platz gefunden hat, verwenden Sie bitte ein Extra-Blatt.

Vereinbarung und Organisatorisches

AGB und Datenschutz

Die Angaben im Patientenfragebogen sind freiwillig und unterliegen, wie auch alle anderen Angaben, die Sie mir gegenüber machen, der **Verschwiegenheit**.

Ihre **E-Mail-Adresse** wird nicht an Dritte weitergegeben und darf für folgende Zwecke von mir verwendet werden (bitte ankreuzen, was erwünscht ist):

- allgemeine Kommunikation
- Weiterleitung von Laborbefunden
- Einnahmepläne und Therapieansätze
- meine Rechnungen
- Praxis-Information: neue Therapien, Sonderaktionen und Veranstaltungen

Sie sind sich bewusst, dass die **Behandlungskosten** von den **gesetzlichen Krankenkassen** in der Regel nicht übernommen werden und dass die Kosten von einer evtl. bestehenden **privaten Krankenkasse** und/oder der **Beihilfestelle** möglicherweise nur teilweise oder gar nicht übernommen werden.

Ihnen ist bekannt, dass Sie die Behandlungskosten und die durch mich beauftragten Laborkosten auf jeden Fall zu begleichen haben, unabhängig davon, ob und wann es **Erstattungen** durch Beihilfestellen oder privaten Versicherungen gibt.

Die **Rechnungsstellung** erfolgt aufgrund meines Stundensatzes € 95,- (gültig seit November 2021). Hypnositzungen haben werden gesondert abgerechnet. Können Sie Ihre Rechnungen bei einer Krankenkasse einreichen, informieren Sie mich bitte, damit ggfs. auch GebüH (Gebührenordnung für Heilpraktiker) angegeben wird.

Für fachliche Auskünfte per Telefon oder Email, die Erstellung aufwendigerer Therapiepläne oder eine umfangreiche Befunderhebung kann ein angemessener Zeitaufwand in Rechnung gestellt werden.

Nicht, bzw. nicht rechtzeitig abgesagte Termine (24 Stunden vorher – auch per whatsapp/telegram) können mit dem geplanten/ angemessenen Zeitumfang in Rechnung gestellt werden.

Zur Kenntnis genommen

Datum _____ Unterschrift _____