



ANAMNESEBOGEN

Lieber Patient, liebe Patientin

Bitte füllen Sie diesen Bogen in Ruhe zu Hause aus und besprechen Sie ihn, falls erforderlich mit Ihren Eltern, Partnern usw. Ihre Antworten erleichtern es, die richtige Diagnose zu stellen und die beste Behandlung für Sie auszuwählen.

Aus Datenschutzgründen bitte ich Sie, diesen Fragebogen nur mir persönlich zu übergeben.

Name _____ Vorname _____ Geb. Datum _____

Straße _____ PLZ / Ort _____

Tel.: _____ Handy _____ Dienst _____

berufstätig als _____ Vollzeit, Teilzeit (____ Std.) Schichtarbeit

E-mail: _____

Welche Beschwerden führen Sie in meine Praxis?

Aktuelle Hauptbeschwerden:

_____ seit / akut: _____

_____ seit / akut: _____

Ich möchte auch wissen, wie stark Sie diese Beschwerden belasten.

Bitte markieren Sie hierzu auf der Skala, die Zahl, die am besten ausdrückt, wie stark die Aussage zutrifft (1 = trifft kaum zu, 10 = trifft sehr stark zu)

Ich habe starke Schmerzen und leide sehr und brauche dringend Hilfe:

trifft kaum zu 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 trifft sehr stark zu

Ich bin sehr besorgt und habe große Angst vor einer Verschlimmerung:

trifft kaum zu 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 trifft sehr stark zu

Einflüsse:

Besserung der Beschwerden bei/ durch: _____

Verschlechterung der Beschwerden bei/durch: _____

Bisherige Therapien / Medikationen („Was wurde bisher schon alles mit Ihnen gemacht?“)

**Wurde eine der folgenden Krankheiten bei Ihnen diagnostiziert?
(„Gibt oder gab es bei Ihnen noch andere Erkrankungen?“)**

<input type="checkbox"/> Angina Pectoris	<input type="checkbox"/> Gallensteinleiden	<input type="checkbox"/> Leberfunktionsstörg	<input type="checkbox"/> Prostatahyperplasie
<input type="checkbox"/> Asthma	<input type="checkbox"/> Gastritis	<input type="checkbox"/> Magengeschwür	<input type="checkbox"/> Rheuma
<input type="checkbox"/> Bronchitis	<input type="checkbox"/> Gicht	<input type="checkbox"/> Multiple Sklerose	<input type="checkbox"/> Schilddrüsenüberfkt.
<input type="checkbox"/> Diabetes Typ I	<input type="checkbox"/> Glaukom	<input type="checkbox"/> Niereninsuffizienz	<input type="checkbox"/> Schilddrüsenunterfkt
<input type="checkbox"/> Diabetes Typ II	<input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz	<input type="checkbox"/> Osteoporose	<input type="checkbox"/> Tumorerkrankung
<input type="checkbox"/> Lactoseintoleranz	<input type="checkbox"/> Blutdruckstörungen	<input type="checkbox"/> Parkinson	<input type="checkbox"/> anderes:
<input type="checkbox"/> Rückenleiden	<input type="checkbox"/> Arthrose	<input type="checkbox"/> Epilepsie	

Welche Erkrankungen haben Sie konkret gehabt?

Erkrankung	Genau Bezeichnung	Zeitpunkt/Jahr	besteht sie noch

Ich habe Zahnfüllungen Zahnkronen Zahnersatz
 Verwendetes Material? _____
 Wurde Amalgam entfernt? Wann und wie? _____

Ich trage
 eine Brille Kontaktlinsen ein Hörgerät Einlagen
 rechts / links rechts / links

Arzneimittelleinnahme („Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?)

Artikel-Nr. / PZN <small>falls bekannt, 7-stellige Nr. auf der Packung, oft neben dem Strichcode)</small>	Name d. Arzneimittels	Einnahme <small>(z.B. regelmäßig, selten, gelegentlich, etc.)</small>	Dosierung

Haben Sie zur Zeit weitere Erkrankungen? Nein
 wenn Ja, siehe Liste

Erkrankung	seit	in Behandlung Ja	in Behandlung Nein

Haben Sie Medikamente in den letzten 3 Monaten eingenommen? Nein, wenn Ja, siehe Liste

Medikament	(ca. von - bis)	Dosierung

Was unternehmen Sie außerdem, um Ihre Beschwerden zu lindern?

Erkrankung	Maßnahmen zur Linderung

Welche Kinderkrankheiten haben Sie durchgemacht?

Erkrankung	Ja	Nein
Masern		
Windpocken		
Keuchhusten		
Mumps/Ziegenpeter		
Scharlach		
Röteln		
Blinddarmentfernung		
Mandelentfernung		

Welche ernsten Erkrankungen sind bei Ihren Eltern, Großeltern und Geschwistern aufgetreten? (z. B. Bluthochdruck, Herzinfarkt, Schlaganfall, Krebs, Zuckerkrankheit, Epilepsie, Rheuma, Asthma, Allergien, Nervenerkrankungen usw.)

Erkrankungen	bei wem?	Alter bei Auftreten

Sind nahe Verwandte von Ihnen an Krankheiten verstorben? Nein, wenn Ja, siehe Liste

Verwandter	Krankheit	Alter

Wurden Sie schon einmal operiert? Nein, wenn Ja, siehe Liste

Art der Operation	Zeitpunkt	Verlauf, Folgen, Probleme

Hatten Sie Unfälle, Stürze? Nein, wenn Ja, siehe Liste

Art	Jahr	Folgeschäden

Krankenhausaufenthalte? Nein, wenn Ja, siehe Liste

Grund	Jahr	Dauer

Rauchen Sie? Nein, wenn Ja, siehe Liste

Was	Menge täglich

Trinken Sie Alkohol? Nein, wenn Ja, siehe Liste

Art	Tägliche Menge	Wöchentliche Menge
Bier		
Wein		
Spirituosen		

Bitte beschreiben Sie Ihr Alltagsverhalten

Ich habe normalen Durst

trifft kaum zu 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 trifft sehr stark zu

Ich habe normalen Appetit

trifft kaum zu 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 trifft sehr stark zu

Ich esse sehr schnell

trifft kaum zu 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 trifft sehr stark zu

Ich esse täglich Fleisch

trifft kaum zu 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 trifft sehr stark zu

Ich esse täglich Süßigkeiten (Kuchen, Kekse, Bonbons, Schokolade)

trifft kaum zu 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 trifft sehr stark zu

Ich esse täglich Milchprodukte (Quark, Joghurt, Milch)

trifft kaum zu 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 trifft sehr stark zu

Ich esse täglich Vollkornprodukte (Brot, VK-Reis, VK-Nudeln)

trifft kaum zu 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 trifft sehr stark zu

Ich esse täglich frisches Obst

trifft kaum zu 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 trifft sehr stark zu

Ich esse täglich Salat und / oder Gemüse

trifft kaum zu 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 trifft sehr stark zu

Ich trinke 2 Liter nichtalkoholische (kalorienfreie) Flüssigkeit / Getränke

trifft kaum zu 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 trifft sehr stark zu

Ich habe Stuhlgang: (bitte nur eine Möglichkeit ankreuzen)
 täglich
 alle 2 Tage
 alle 3 Tage
 alle 4 Tage
 seltener
Ich habe Beschwerden beim Wasserlassen:

trifft kaum zu 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 trifft sehr stark zu

Mein Schlaf ist ruhig und erholsam

trifft kaum zu 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 trifft sehr stark zu

In meinem Beruf bin ich zufrieden und fühle mich erfolgreich

trifft kaum zu 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 trifft sehr stark zu

Mit meinem Privatleben bin ich zufrieden und glücklich

trifft kaum zu 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 trifft sehr stark zu

Mir ist oft kalt

trifft kaum zu 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 trifft sehr stark zu

Mir ist oft warm

trifft kaum zu 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 trifft sehr stark zu

Ich schwitze häufig

trifft kaum zu 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 trifft sehr stark zu

Ich habe häufig Kopfschmerzen

trifft kaum zu 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 trifft sehr stark zu

Welchen Sport treiben Sie regelmäßig?

Sportart	Häufigkeit - Stunden/Woche

Körpergröße _____ **Gewicht** _____ **Gewicht konstant** Ja Nein
 Abnahme Zunahme seit _____ Monaten um _____ Kg

Impfungen:

Impfung	Ja	Nein
Masern, Mumps, Röteln		
Diphtherie		
Poliomyelitis		
Tuberkulose		
Hepatitis A		
Hepatitis B		
Tetanus		
Meningokokken		
Pneumokokken		
Influenza		
Gebärmutterhalskrebs		
Sonstiges (f. Auslandsaufenthalt o.ä.)		

An welchen Körperstellen haben Sie Narben und wodurch? (Impfungen, OP, sonstiges)

Wann war der letzte Check-up? _____ wo? _____

Wann war letzter Zahnarztbesuch? _____ was wurde behandelt? _____

Wann war letzte Röntgenuntersuchung? _____ was wurde untersucht? _____

Für Patientinnen:

Besteht eine Schwangerschaft Nein , wenn Ja, seit wann _____

Geburten wann _____

Antibabypille Nein , wenn Ja, seit wann _____

Monatsblutung

regelmäßig Ja wenn Nein, seit wann _____

schmerzhaft Nein , wenn Ja, seit wann _____

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, diese Angaben selbst und freiwillig gemacht zu haben.

Datum _____ **Unterschrift** _____

Einverständniserklärung

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Bitte lesen Sie folgende Einverständniserklärung aufmerksam und erklären mit Ihrer Unterschrift, dass Sie mit dieser Vereinbarung einverstanden sind.

Eine naturheilkundliche Behandlung ist eine Behandlung, die über die von den Krankenkassen vertraglich sichergestellte Leistung hinausgeht. Daher sind die Kosten für diese Behandlung (€ 70,- pro Behandlungseinheit / Stunde) zunächst vom Patienten selbst zu tragen. Behandlungen durch den Heilpraktiker werden von der privaten Krankenkasse oder Beihilfe auf der Grundlage des von Ihnen abgeschlossen Vertrages ganz oder teilweise erstattet. Die Erstattungspraxis ist jedoch unterschiedlich und richtet sich nach dem von Ihnen gewählten Tarif.

Eine Rechnung für Privatpatienten oder Patienten mit Beihilferegelung wird von mir, an die GebüH (1985) angelehnt, erstellt.

Wird jedoch die Rechnung von der Versicherung nicht oder nur teilweise erstattet, sind die Rechnungsbeträge vom Patienten selbst zu zahlen und können auch nicht vom Heilpraktiker zurückgefordert werden.

Es ist mir ein großes Anliegen, Ihre Behandlung möglichst optimal zu gestalten. Sie verlangt von mir als Heilpraktikerin und Ernährungsberaterin und von Ihnen großen Einsatz. Als Patient sind Sie ebenso wesentlich am Erfolg beteiligt.

Um die Regelmäßigkeit der Behandlung zu gewährleisten, die zur Verbesserung Ihrer gesundheitlichen Situation notwendig ist, werden feste Termine vergeben.

Bitte halten Sie diese vereinbarten Termine ein. Werden vereinbarte Termine nicht mindestens 24 Stunden vorher oder aus besonders wichtigem Grund abgesagt, wird eine Ausfallgebühr erhoben.

Ich bestätige mein Einverständnis mit den vorgenannten Bedingungen:

Name: _____

Adresse: _____

Datum:.....Unterschrift.....

Die von mir angewendeten Behandlungsmethoden habe ich alle erlernt und werde sie Ihnen vor Anwendung erläutern.

Ich bitte Sie mit Ihrer Unterschrift zu erklären:

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass Frau M. Funke (Heilpraktikerin) an mir manuelle sowie invasive Therapiemaßnahmen durchführen darf. (Dorn, Breuss, Massage, Schröpfen, Akupunktur, Blutegeltherapie, usw). Über etwaige Risiken werde ich informiert, ebenso über die Zusammenhänge der sog. Erstverschlimmerung.

Datum:.....Unterschrift.....