

Patientenfragebogen

Dieser **Fragebogen** hilft Ihnen, sich in Ruhe auf unseren Termin vorzubereiten.

Bitte nehmen Sie sich für den Fragebogen genügend Zeit. Falls der Platz nicht ausreicht, verwenden Sie 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

Adresse

Beruf, ausgeübt

E-Mail

Telefonnummer (Handy)

Geburtstag, Geburtsort und Uhrzeit

Hausarzt

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

Kinder: Anzahl _____ davon in Ihrem Haushalt lebend _____

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

Versicherung: Gesetzlich Zusatz-Versicherung Beihilfe/Post

Privat-Versicherung, welche _____

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 _____

Was genau trinken Sie (Liter/Tassen)

Wasser: still – Kohlensäure _____

Kaffee – Tee _____

Limo-Cola-Säfte ??? _____

Ernährungsweise

Selbst zu bereitet - Hausmannskost - vegetarisch -
vegan - Vollwertig - Kantine - Mikrowelle -
Fertiggerichte/Fast Food -

Heißhunger auf: _____

Rauchen

ja nein früher

Wie oft? _____ Menge? _____

Was? _____ Seit wann? _____

Alkohol

ja nein früher

Wie oft? _____ Menge? _____

Was? _____ Seit wann? _____

Konsumieren Sie Drogen?

ja nein früher

Wie oft? _____ Seit wann? _____

Was? _____

Sport

Welchen - wie oft – wie intensiv

Warum? _____

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 z.B. Masern – Mumps – Röteln – Keuchhusten – Windpocken –
Scharlach – Tetanus - Kinderlähmung – Malaria - Pfeiffersches Drüsenfieber – Tuberkulose -

andere _____

Schlafqualität

Schwierigkeiten beim Einschlafen / Durchschlafen - häufiges
Erwachen (Uhrzeit _____) - Nachtschweiße -
Unruhe in den Beinen - kalte / heiße Füße - Zähneknirschen -
Schnarchen - Atemaussetzer - verstopfte Nase morgens -
schlechte Träume – keine Traumerinnerung

Schlafzeit

übliches zu Bett gehen _____
übliches Aufstehen _____
Fühlen Sie sich morgens ausgeruht?

Krankheiten in der Familie

Schlaganfall Gefäßkrankheiten Diabetes
 Herzkrankheiten Gicht Rheuma
 Migräne MS Asthma
 Allergien, welche _____
 psych. Erkrankungen, welche _____
andere _____

insbesondere der **weiblichen Verwandten** ?

hormonelle Probleme (Menstruation,
ungewollte Kinderlosigkeit, Wechseljahre,
schwierige Schwangerschaften)
 psychische Belastungen Magen-Darm
 Lernstörungen Infektanfälligkeit
 Nahrungsmittelunverträglichkeiten
 Stressanfälligkeit andere ?

Unfälle, die Auswirkungen auf Nacken, Becken, Wirbelsäule, gehabt haben/ haben könnten:

Auffahrunfälle – Fahrrad/Motorrad - Reiten - Skifahren - Sprung ins Wasser - Sturz von
Leiter/Wickeltisch/Schaukel/Treppe - schwieriger Geburtsvorgang

anderes _____

Wann (Jahr) _____

Welche Beschwerden stellten sich danach ein?

Kopfbereich**Zähne/ Kiefer**

Parodontose - Entzündungen - Tote Zähne - anderes _____

Hatten/haben Sie Amalgamfüllungen ? Ja, wie viele ca. _____ Nein

Hatte Ihre Mutter während der Schwangerschaft mit Ihnen Amalgamfüllungen oder -entfernungen ?

aktuelle Zahnfüllmaterialien Amalgam Kunststoff Gold Keramik

Schilddrüse

Überfunktion / Unterfunktion - Vergrößerung -
Operation

Mandeln

häufig entzündet als Kind / heute - Operation
Polypen Operation wann _____

Nase (häufige) Nasennebenhöhlenentzündungen
- laufende Nasen nach dem Essen - behinderte
Nasenatmung - Nase verstopft nach dem Aufwachen

Ohren

Ohrgeräusche – Ohrjucken – schlechter
werdendes Hörvermögen

Galle

Steine - Koliken - Operation - Druck im Oberbauch -
Fettunverträglichkeit

anderes _____

Darm

Infektionen - Hämorrhoiden - Blähungen -
Divertikel - Entzündungen - chron. Erkrankung -

anderes _____

Leber

Entzündung /Hepatitis - Fettleber - auffällige
Laborwerte

anderes _____

Magen

Völlegefühl/ Druck - Appetitlosigkeit - Übelkeit -
Gastritis - Sodbrennen - Abneigung gegen Speisen

anderes _____

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

Allergien/Nahrungsmittelunverträglichkeiten**Arme/Hände**

Verletzungen - Schmerzen - Kribbeln - Karpaltunnel -
kalte Hände - anderes

Beine/Füße

Verletzungen - Krampfadern - Operationen - Kribbeln
- kalte Füße - Krämpfe - Taubheitsgefühl - anderes

Rücken/Nacken

Schmerzen O HWS O BWS O LWS O ISG
Verspannungen - Osteoporose - Operationen

Gelenke

Entzündungen - Arthrose - Bewegungseinschränkung
- Versteifungen - anderes

Haut/Nägel

Verbrennungen - Hautjucken - Warzen - Pilze

Narben ggfs Extra - Fragebogen auf der Homepage
Operationen - Verletzungen - Beschwerden
wo/welche?

Schmerzfragen

s. Extra - Fragebogen auf der Homepage

Blase /Niere

Entzündungen, akut / chronisch - Reizblase -
Nierensteine - Beschwerden beim Wasserlassen

Harn

viel/wenig/häufig - kann nicht halten - Geruch
nach _____ - müssen Sie nachts
raus _____ wie oft _____

Gynäkologie

Myome/Tumore - Zysten - Ausschabungen - Konisation -
Ausfluss - Fehl-/Totgeburten (Anzahl ___ Wann ____) -
ungewollte Kinderlosigkeit - KiWubehandlung - anderes

Verhütung

Seit wann, womit? _____
Einnahme der Pille? Von wann bis wann? Warum?

Verträglichkeit/Beschwerden

Menses

allererste Blutung im _____ Lj
Datum letzte Regel _____ Dauer ____Tage
Zyklusfrequenz _____ Beschwerden

Wechseljahre

Allerletzte Blutung _____
Beschwerden

Kinderwunsch?

Seit wann? _____ Maßnahmen?

Hormonelle Stimulation? _____

Prostata

vergrößert - Beschwerden beim Wasserlassen -
Entzündungen ? wann _____
Vorsorgeuntersuchung zuletzt _____
PSA-Wert _____

Arbeitswelt

Üben Sie einen Beruf aus? _____
Arbeiten Sie gern in diesem Beruf? _____
An diesem Arbeitsplatz? _____
Belastungen durch :
 Chef Kollegen Arbeitspensum Arbeitsweg
 Arbeitstempo Über-/Unterforderung
 Schichtarbeit Homeoffice anderes

Ohne Beruf: würden Sie gerne einer Tätigkeit
nachgehen? Welcher? _____

Familiär

Belastungen durch:
 Partner Eltern Pflegesituation
 Kinder, eigene Kinder des Partners
 alte Eltern Freunde Nachbarn
 Todesfall Scheidung/Trennung
 schwere Erkrankung, eigene/Partner/Kind/Eltern
 Einsamkeit Langeweile Gewalt
 Gefühle der Sinnlosigkeit - Ohnmacht -
Wertlosigkeit - Hoffnungslosigkeit - anderes

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

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit und Ihr Vertrauen !

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 Therapievorschläge
- 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), bzw. in bestimmten Fällen nach den Grundsätzen der Gebüh (Gebührenordnung für Heilpraktiker).

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 _____ Name _____
