

Rhönweg 1, 65462 Ginsheim-Gustavsburg, info@naturheilpraxis-dillenburger.de, www.naturheilpraxis-dillenburger.de
Tel. 06144/4027388, Mobil 01577/6824164

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

viele kleine Auslöser können den gesamten Organismus beeinflussen und damit eine größere Auswirkung nach sich ziehen. Nehmen Sie sich bitte Zeit, den Anamnesebogen (Fragebogen) auszufüllen. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der Schweigepflicht.

Zahlungsbedingung nach Leistungserbringung

Über durchgeführte Praxisleistungen, incl. eventueller Materialkosten, erhalten Sie eine Rechnung zugeschiedt, die dann sofort zur Zahlung fällig ist. Diese Zahlung ist unabhängig von eventuellen, nachträglichen Teil- oder Vollrückzahlungen durch Ihre Private oder Ihre Zusatz-Krankenkasse.

In der Naturheilpraxis wird i. d. R. nach der "GebüH" = Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker abgerechnet. Abweichende Kosten oder Festpreise sind möglich.

(Das Gebührenverzeichnis ist nachzulesen unter: <http://www.heilpraktiker.ac/pdf/Gebueh.pdf>)

Kassenpatienten sind Selbstzahlerpatienten, d. h. sie tragen persönlich die Kosten der Behandlungen und aller dazugehörigen Nebenkosten.

Privatpatienten oder Patienten mit privaten Zusatz-Krankenversicherungen können mit einer Erstattung oder Teilerstattung der Rechnungssumme rechnen. Diese Erstattung ist abhängig von der Gestaltung des eigenen Versicherungsvertrages. Bitte sprechen Sie bei Unklarheiten Ihre Krankenkasse oder Ihren Versicherungsmakler an.

Ich (Patient/In) bitte um die Untersuchung und Behandlung als Privatpatient bzw. Selbstzahler.

Die Zahlungsbedingungen habe ich verstanden und akzeptiert:

Ort und Datum

Unterschrift des Zahlungspflichtigen

Persönliche Daten:

Name: _____ Vorname: _____ m/w

Geburtsdatum: _____

PLZ und Wohnort: _____

Straße und Hausnummer: _____

Email-Adresse: _____

Telefon Festnetz: _____

Mobil: _____

Familienstand: _____

Krankenkasse: _____

Beihilfeberechtigt: Ja Nein

Beruf: _____

frühere Berufe: _____

Weitere Persönliche Daten:

Körpergewicht: _____

Konstant: Ja Nein

Körpergröße: _____

Blutgruppe: _____ Blutdruck: _____

Hausarzt: _____ Tel: _____

Facharzt: _____ Tel: _____

Therapeut: _____ Tel: _____

Umgebungsbedingungen, Lebensstil und Wohnsituation:

Wohnverhältnisse: _____

Belastungen am Arbeitsplatz (Mobbing) _____

Schadstoffe am Arbeitsplatz: _____

Freunde: _____ Sind Sie gut in Ihre Familie integriert? _____

Freizeit, Sport, Hobby, Urlaub: _____

Haben Sie Haustiere? NEIN JA Wenn ja, welche? _____

Hauptbeschwerden heute:

Was sind **heute** die hauptsächlichen Beschwerden? _____

Seit wann haben Sie diese und wie äußern sie sich? _____

Nehmen Sie **Blutverdünner/Gerinnungshemmer** ein?

(bitte ankreuzen)

-Warfarin # Marcumar

-Dabigatran # Pradaxa

-Rivaroxaban # Xarelto

-Apixaban # Eliquis

-anderes

Aktuelle Medikamenteneinnahme (denken Sie auch an Pille, Vitaminpräp.,
Nahrungsergänzungsmittel, Abführmittel, etc.....)

Gibt es neue, akute Ereignisse/Beschwerden wie:

(bitte ankreuzen)

-Schwangerschaft

-Schwangerschaftsabbruch/Fehlgeburt

-Herzinfarkt

-Schlaganfall

-Hirnblutungen

-Depression

-Frakturen am Körper

-Frakturen am Kopf

-Krebs

-Hernien (z.B. Leistenbruch)

-Selbstmordgedanken

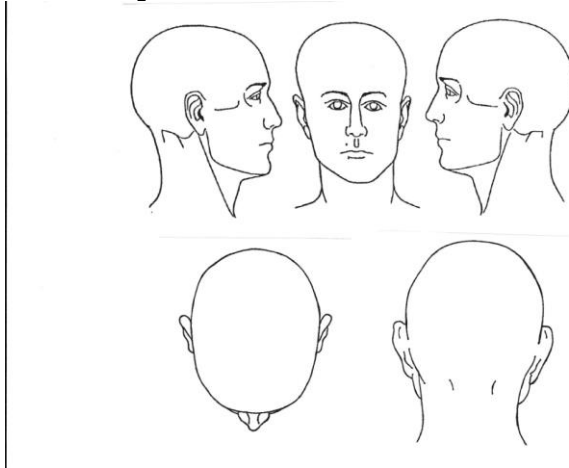
Wann wurde zuletzt ein Blutbild erstellt?

Bitte ggf. eine Kopie des Blutbildbefundes beilegen.

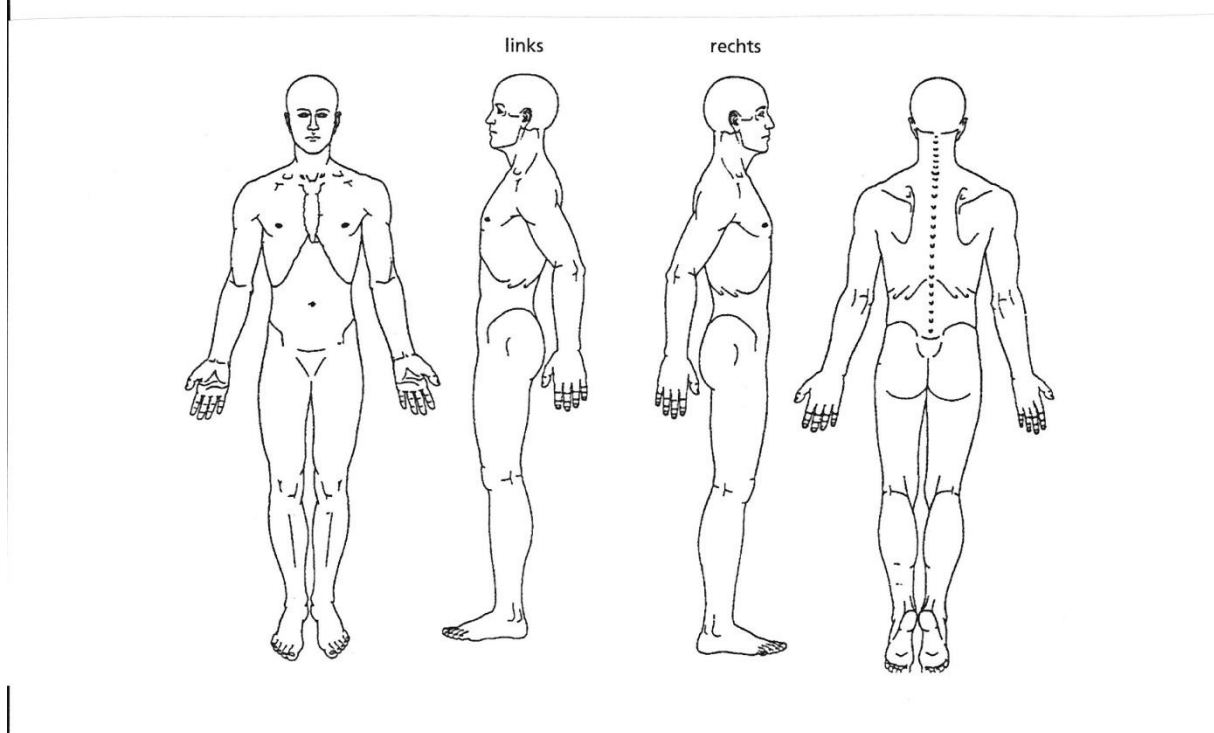
Lokalisation von Schmerzen oder Hauterscheinungen:

Bitte zeichnen Sie auf folgenden Bildern den Schmerzort sowie die Richtung der Schmerzausstrahlung oder ggf. den Ort der Hauterscheinungen ein.

Schmerzen am Kopf:



Schmerzen am Körper:



Nebenbeschwerden/Vorgeschichte:

Welche weiteren Nebenbeschwerden haben Sie zur Zeit? Welche krankheitlichen Vorgeschichten gibt es?

Welche Familienkrankheiten sind Ihnen bekannt?

Bsp.: Erbliche Vorbelastungen (Herz- und Gefäßkrankheiten, Kinderlosigkeit, Geschlechtskrankheiten, Suchtkrankheiten, chron. Erkrankungen, TBC, MS, Rheuma, Gicht, Allergien, psych. Erkrankungen, Todesursachen, Asthma, Schlaganfall, Schuppenflechte, Neurodermitis, Migräne, Selbstmord, Nierensteine, Gallensteine, Krebs, Diabetes usw.) und nicht erbliche Belastungen

Mutter: _____

Vater: _____

Sonstige Familienmitglieder: _____

Weitere wichtige Parameter:

Leiden Sie an **Allergien**? (Pollen, Medis, Hausstaub, Nahrungsmittel)____(ggf. Kopie Allergiepass beilegen)

Reagieren Sie **allergisch auf Nickel** (bitte denken Sie an Modeschmuck!) bzw. wird die Haut dunkel beim

- | | | |
|------------------------------------|--------|------------|
| Tragen von Silberschmuck | 0-Nein | 0-Ja |
| Tragen Sie Permanent-Make up? | 0-Nein | 0-Ja _____ |
| Tragen Sie Piercings oder Tattoos? | 0-Nein | 0-Ja _____ |
| Haben Sie künstliche Fingernägel? | 0-Nein | 0-Ja |

Leiden oder litten Sie an einer **Psychose oder Neurose** aus der folgenden Liste:

ADHS, Essstörung, Burnout, Borderline, Suizid tendenz, Angst/Panikstörung, Zwangsstörung, Depression, Neurose, Manie, Schizophrenie, paranoide Störung, Autismus, Bewusstseins- oder Orientierungsstörung, Konzentrationsstörung, Missbrauchsopfer, sonstige _____

Befinden Sie sich aufgrund einer der o. aufgeführten Erkrankungen **in Behandlung**? _____

Leidet ein Familienangehöriger an einer dieser Erkrankungen? _____

Urlaube/Besuche.....:

Waren Sie in einem Ihrer Urlaube krank? _____

Kamen Sie aus einem Ihrer Urlaube krank zurück? _____

Wenn ja, wo waren Sie in Urlaub und welche Krankheit hatten Sie?

Welche Kinderkrankheiten haben Sie selbst durchgemacht?

[Bsp.: Masern, Mumps, Röteln, Windpocken, Scharlach, Pfeiffersches Drüsenfieber, etc.....]

Impfungen:

Welche Impfungen wurden bei Ihnen durchgeführt? _ggf. Kopie des Impfpasses beilegen

Gab es Impfreaktionen?

[Bsp.: Fieber, Hautausschlag etc.....]

Ernährung und Verdauung

Bitte legen Sie dem Anamnesebogen ein 2-Tage-Protokoll über Ihre übliche Ernährung inkl. Getränke bei.

Verdauung:

Wie ist der Stuhlgang? _____ x täglich/_____ wöchentlich, regelmäßig/unregelmäßig?

Konsistenz: fest/dünn/weich/wässrig /hart/knollig/schmierig/pastenartig/wechselhaft/

Farbe: weiß/leichtbraun/gelbbraun/dunkelbraun/schwarz/Blut im Stuhl

Neigung zu Durchfall? Ja Nein Neigung zu Verstopfung? Ja Nein

Stuhl kann nicht gehalten werden? Ja Nein Gefühl nicht fertig zu werden? Ja Nein

Nahrungsaufnahme:

Hunger/Appetit:

weniger vermehrter

Eher kalte Speisen eher warme Speisen

Wie oft essen Sie? morgens mittags abends nachts

Haben Sie Vorlieben oder Abneigungen für süß, sauer, würzig, bitter? _____

Bei welchen Speisen und/oder Getränken haben Sie Beschwerden? _____

Durst:

Wie viel Liter und was trinken Sie am Tag? _____

Haben Sie eine Sucht nach Süßigkeiten? Ja Nein

Nehmen Sie Zuckeraustauschstoffe zu sich? _____

Leben Sie nach bestimmten Ernährungsrichtlinien? _____

Genuss- und Suchtmittel:

Rauchen Sie? Wie viel? Was? Seit wann? _____

Trinken Sie Alkohol? Wie viel? _____

Nehmen Sie Drogen? Welche und wie häufig? _____

Trinken Sie Kaffee? Wie viel? _____

Zeitliche Abfolgen:

Welche **Krankheiten, Operationen, Unfälle und Behandlungen** haben Sie in Ihrem Leben durchgemacht?
Bitte auch kleine Probleme wie z. B. Verstauchungen, Zahnbehandlungen, Mandeloperationen angeben,
sowie schwere Infektionskrankheiten (Tetanus, Polio, Malaria, Salmonellen, Pfeiffer`sches Drüsenfieber,
TBC, Herpes, Gürtelrose, Borreliose, Grippe)

Alter	Krankheit/Beschwerden
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Sofern Sie aktuelle Befunde vorliegen haben, bitte in Kopie mitbringen.

Anamnese Teil 2 - bitte ankreuzen und ergänzen

Allgemeines:

0-Kopfschmerzen:

0-Täglich/wöchentlich/monatlich

0-Wo lokalisiert? _____

0-Wann war der letzte Check up? _____

0-Wann war die letzte Röntgenuntersuchung?

0-Leiden Sie unter Leistungsabfall? _____

0-Leiden Sie unter Müdigkeit?

Ständig/morgens/mittags/abends

0-Leiden Sie unter einer Autoimmunkrankheit?

welche: _____

0-Leiden Sie unter einer genetisch bedingten Krankheit?

welche: _____

Augen:

0-kurzichtig 0-weitsichtig

0-Brillen Träger Ja / Nein 0-Linsenträger Ja/ Nein

0-wann war die letzte Kontrolle?

0-Bindehautentzündungen

0-grauer Star

0-grüner Star

0-Makuladegeneration

0-Gerstenkorn

Atemwege/Hals-Nase-Ohren:

0-Kloßgefühl

0-Behinderte Nasenatmung

0-Heiserkeit, seit wann _____

0-Bronchitis, wie lange _____

0-Lungenerkrankungen

0-Lungenentzündungen 0-Atemnot

0-Chronische Erkältung 0-Asthma

0-Halsschmerzen/Entzündungen

0-Auswurf (Beschaffenheit) _____

0-Nasennebenhöhlenentzündungen

0-häufiges Nasenbluten

0-Nasenspray nutzen

0-Ohrensausen

0-Tinnitus

0-Schwerhörigkeit

0-Schwindel ____

Zähne/Mund:

- 0-letzter Zahnarztbesuch: _____
- 0-Amalgamfüllungen
- 0-Entfernung von Amalgamfüllungen
- 0-wurzelbehandelte Zähne
- 0-Implantate
- 0-Kiefergelenksprobleme
- 0-Zahnschiene/Knirscherschiene
- 0-Zahnspange
- 0-OP an Weisheitszähnen
- 0-Zahnfleischbluten
- 0-Parodontose
- 0-Karies mit Füllungen
 - Kunststoff
 - Keramik
 - Gold
 - Amalgam
 - Titan
- 0-Zähneknirschen
- 0-Sprechen im Schlaf
- 0-Zahnbrücken re oben/rechts unten
li oben/ li unten
- 0-Zahnkronen re oben/rechts unten
li oben/li unten

Haut/Haare/Nägel:

- 0-Hautveränderungen allgemein
wie _____
- 0-trockene Haut
- 0-Schwitzneigung
- 0-Juckreiz
- 0-schnell blaue Flecken
- 0-schlecht heilende Wunden
- 0-Warzen
- 0-Geschwüre
- 0-Pilze
- 0-Ekzeme
- 0-Ausschläge
- 0-Neurodermitis
- 0-Psoriasis (Schuppenflechte)
- 0-Verbrennungen
- 0-Haarausfall
 - diffus
 - kreisrund
- 0-eingewachsene Nägel Füße/Hände
- 0-Veränderung der Nageloberfläche
- 0-Nagelbettentzündungen

Herz- und Blutgefäße

- 0-Hoher Blutdruck
- 0-Niedriger Blutdruck
- 0-Ohnmachtsanfälle
- 0-Aderverkalkung (Arteriosklerose)
- 0-Unregelmäßiger Herzschlag
- 0-Herzmuskelentzündung
- 0-Schmerzen/Beklemmung/Stechen im Brustkorb
- 0-Herzklopfen/Herzrasen/Herzstolpern
- 0-Loch im Herz (Ductus Botalli)
- 0-Herzschrittmacher
- 0-Herzinfarkt
- 0-Krampfadern
- 0-Venenentzündungen
 - Thrombophlebitis (oberflächlich)
 - Phlebothrombose (in der Tiefe)
- 0-Druckanomalien
- 0- Ödeme (aufgeschwemmt, geschwollen)
 - Hände Füße
- 0-Kribbel u/o Taubheit in den Extremitäten
- 0-Kalte Hände oder Füße
- 0-Nachtschweiß

Bluterkrankungen:

- 0-Anämie
- 0-Bluter
- 0-Blutbildveränderungen
- 0-Thrombozytopenie
- 0-Leukämie
- 0-Gerinnungsstörungen

Immunsystem:

- 0-häufige Infekte
- 0-Autoimmunerkrankungen

Lymph/Milz:

- 0-Milzriss
- 0-Mandelentzündungen
- 0-Lymphstau
- 0-Lymphknotenschwellungen
- 0-Blinddarmentzündungen
- 0-steife oder geschwollene Hände oder Füße

Magen-/Darmtrakt:

- 0-Abneigung gegen bestimmte Lebensmittel welche: _____
- 0-Heißhunger auf bestimmte Lebensmittel welche: _____
- 0-Appetitverlust
- 0-Trockener Mund
- 0-Blähungen/aufgetriebener Bauch
- 0-Sodbrennen/Aufstoßen
- 0-Völlegefühl
- 0-Übelkeit/Erbrechen
- 0-Bauchschmerzen/Krämpfe
- 0-Blutungen
- 0-Hämorrhoiden
- 0-Blinddarmoperation
- 0-Reizdarmsyndrom
- 0-Fettstoffwechselerkrankungen
- 0-Darmentzündungen
 - M. Crohn
 - Colitis Ulcerosa
- 0-Gastritis
- 0-Magengeschwüre/Magenoperation

Leber/Galle/Pankreas

- 0-Druck im Oberbauch
- 0-Leberentzündung (Hepatitis)
- 0-Gallen-OP
- 0-Leberzirrhose
- 0-Gallensteine
- 0-Gallenkoliken
- 0-Fettunverträglichkeiten
- 0-Bauchspeicheldrüsenentzündung

Verfassung/Stimmung/Emotionen:

- 0-nervös
- 0-depressiv
- 0-überempfindlich
- 0-weinerlich
- 0-vergesslich
- 0-Konzentrationsstörungen
- 0-ängstlich
 - Zukunft, Tod, Familie
 - Beruf, Gesundheit
- 0-ständig grübelnd
- 0-lustlos
- 0-alles insich hineinfressen
- 0-ohne Selbstvertrauen
- 0-Traurigkeit, Niedergeschlagenheit
- 0-unentschlossen
- 0-irritiert
- 0-wütend
- 0-aufbrausend

Schlaf:

- 0-nächtliches Erwachen_____Uhrzeit_
- 0-Schlaflage_____
- 0-Einschlafprobleme
- 0-Durchschlafprobleme
- 0-Schnarchen
- 0-Unruhe in den Beinen
- 0-Nachtschweiß
- 0-nächtliches Kribbeln
 - Füße/Hände
 - Ganzkörper

Nieren/Blase/Harnleiter:

- 0-Blasenentzündungen
- 0-Schmerzen beim Wasserlassen
- 0-Brennen beim Wasserlassen
- 0-Urinveränderungen
 - Menge, Farbe, Geruch,
 - veränderte Häufigkeit
 - nicht zu haltender Drang
- 0-Harnleiter/-röhrenentzündungen
- 0-Blut im Urin
- 0-Nierenbeckenentzündungen
- 0-Nierenstein
- 0-Niereninsuffizienz
- 0-Gicht

Neurologie/Psychiatrie:

- 0-Schwindel
- 0-Migräne
- 0-Sehstörungen
 - verschommen sehen
 - doppelt sehen
- 0-Händezittern
- 0-Ohnmachtsanfälle
- 0-epileptische Anfälle
- 0-Depressionen
- 0-Schlaganfall
- 0-MS
- 0-Parkinson
- 0-Alzheimer
- 0-Selbstmordgedanken
- 0-Selbstmordabsicht
- 0-andere neurologische Krankheiten

Hormonsystem:

- 0-Schilddrüsenüberfunktion
- 0-Schilddrüsenunterfunktion
- 0-Schilddrüsenoperation
 - einseitig / beidseitig
 - re / li
- 0-Cushing
- 0-Hashimoto
- 0-Frieren
- 0-Schwitzen
- 0-Diabetes
- 0-offene Beine
- 0-Bauchspeicheldrüsenentzündung

Muskeln/Gelenke/Skelett:

- 0-Prickeln/Ausstrahlung/Ameisenlaufen
wo: _____
- 0-Muskelverspannung
wo: _____
- 0-weiche Muskulatur (zu wenig/ohne Spannung)
- 0-Krämpfe der Muskulatur
wo: _____
- 0-steife Gelenke, evtl. mit Schwellung
wo _____
- 0-nächtliches Einschlafen der Hände, Finger
wo: _____
- 0-Gefühlsstörungen in Händen o. Armen
wo: _____
- 0-Karpaltunnelsyndrom/ - OP
- 0-Nackenschmerzen
- 0-Halswirbel(säulen)schmerzen
- 0-Brustwirbel(säulen)schmerzen
 - häufige Rückenschmerzen
- 0-Lendenwirbel(säulen)schmerzen
- 0-Kreuzbein-/Steißbeinschmerzen/tiefsitzende Kreuzschmerzen
- 0-Hohlkreuz
- 0-Bandscheibenvorfall
wo:- _____
- 0-Gelenkschmerzen
wo: _____
- 0-Arthritis
wo: _____
- 0-Arthrose:
wo: _____
- 0-Rheuma:
wo: _____

0-Osteoporose allgemein
0-Schulter-Arm-Syndrom
0-sonstige Schulterbeschwerden
0-Tennisellbogen/Golferellbogen
0-Mouse-Ellebogen (Computer)
0-Handgelenkbeschwerden
0-Hüfte
 -Schmerzen re / li
 -Dysplasie re / li
 -künstliches Gelenk re/ li
0-Knieprobleme
 -Scherzen re / li
 -Kreuzbänder re / li
 -Miniken re / li
 -künstliches Gelenk re / li
0-Fußgelenke
0-Hallux/Valgus
0-Achillsehnenproblem
0-Fersensporen

Frauen:

0-Alter erste Mens
0-schmerzhafte Mens
0-unregelmäßige Mens
0-anhaltende Mens
0-prämenstruelles Syndrom
0-Zyklusdauer
0-Stärke der Blutung _____
0-ohne Mens seit _____
0-derzeit schwanger
0-Anzahl Schwangerschaften _____
0-Anzahl normale Geburten _____
0-Fehlgeburten _____
0-Abbrüche/Ausschabungen _____
0-unerfüllter Kinderwunsch
0-Kind/er gestillt
0-Alter der Kinder heute
0-schmerzhafte Brüste
0-trockene Scheide
0-Probleme bei/nach Geschlechtsverkehr
0-trockene Scheide
0-Sekret aus Scheide/Brust
0-Eierstockentzündungen
0-klimakterische Beschwerden
0-Gebärmutterentfernung
0-Endometriose
0-Myome
0-Zysten

Männer:

0-hormonelle Beschwerden
0-Beschwerden beim Wasserlassen
-brennen, tröpfeln, stoßweise
-abgeschwächter Strahl
0-Prostatavergrößerung
0-Prostataentzündung
0-Sekret aus der Harnröhre
0-Errektionsstörung/Libidoverlust

Tumore:

gutartig

wo _____

bösartig

wo _____

Raum für sonstige Notizen: