



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 _____

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

E-mail: _____

Hausarzt: _____ Adresse: _____

Bei Kindern: Name des Rechnungsempfängers: _____

Versicherung: Privat _____ Selbstzahler verheiratet ja/ nein Kinder? _____

Welche Beschwerden führen Sie in meine Praxis?

Aktuelle Hauptbeschwerden:

_____ seit / akut: _____

_____ seit / akut: _____

_____ seit / akut: _____

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

Bitte markieren Sie hierzu hinter jedem Symptom oder Aussage die Zahl, die am besten ausdrückt, wie stark die Aussage zutrifft (1 = trifft kaum zu, 10 = trifft sehr stark zu), z.Bsp.: Kopfschmerzen 7, Rückenschmerz 2

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

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

Einflüsse: was war kurz vor Auftreten der Beschwerden vielleicht der Auslöser?

(eine Erkrankung, Kummer, Operation, Medikamente, Sturz, Urlaub, geänderte Gewohnheiten, anderes Essen usw.)

Besserung der Beschwerden bei/ durch: _____

Verschlechterung der Beschwerden bei/durch: _____

Sonstige Beobachtung: _____

Bisherige Therapien (Was wurde bisher schon alles mit Ihnen gemacht?)

Was unternehmen Sie außerdem, um Ihre Beschwerden zu lindern?

Erkrankung	Maßnahmen zur Linderung

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

Name d. Arzneimittels incl Angabe zur Stärke	Artikel-Nr. / PZN falls bekannt, 7-stellige Nr. auf der Packung, oft neben dem Strichcode)	Dosierung/ Einnahme (täglich, 1x pro Woche o.ä.)	Warum/wogegen?

Bitte bringen Sie Medikamente und Nahrungsergänzungsmittel zur ersten Behandlung mit (am besten die jeweilige Tagesdosis oder die komplette Packung und Beipackzettel)

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	Genauere Bezeichnung	Zeitpunkt/Jahr	besteht sie noch

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

Erkrankung	seit	in Behandlung	
		Ja	Nein

Wurden die akuten Beschwerden oder andere schon einmal mit Antibiotika oder Cortison behandelt?
Falls ja, was wurde eingesetzt und wann? _____

Welche Kinderkrankheiten haben Sie durchgemacht?

Erkrankung	Ja	Nein
Masern		
Windpocken		
Keuchhusten		
Mumps/Ziegenpeter		
Scharlach		
Röteln		
Blindarmentfernung		
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

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 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

Ich habe häufig Kopfschmerzen

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

Haben oder hatten Sie Haustiere? _____**Welchen Sport treiben Sie regelmäßig?**

Sportart	Häufigkeit - Stunden/Woche

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

Körpergröße _____ **Gewicht** _____ **Gewicht konstant** Ja NeinAbnahme Zunahme seit _____ Monaten um _____ Kg**Impfungen:** bitte ankreuzen, falls Impfung erfolgteMasern, Mumps , Röteln , Diphtherie , Poliomyelitis , Tuberkulose , Hepatitis A ,Hepatitis B , Tetanus , Meningokokken , Pneumokokken , Influenza ,Gebärmutterhalskrebs , Sonstiges (f. Auslandsaufenthalt o.ä.) was: _____**An welchen Körperstellen haben Sie Narben und wodurch? (Impfungen, OP, sonstiges)**

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 _____

Haben Sie als Teil Ihrer Symptome irgendeines der folgenden gehabt?

Bitte Zutreffendes ankreuzen:

		Ja	Nein
1.	Zecken- Mückenstiche (Schildzecke, Hundezecken, usw.)		
2.	Hautrötung am Ort des Bisses		
3.	Hautrötung an anderen Stellen		
4.	Gelenk- / Muskelschmerzen in den Füßen		
5.	Schwellung an den Zehen, am Fußballen		
6.	Schmerzen am Fußknöchel		
7.	Brennen in den Füßen		
8.	Shin Splints (Schmerzen der vorderen Unterschenkelmuskulatur)		
9.	Nicht erklärliches Fieber, Schwitzen, Frieren		
10.	Nicht erklärliche Gewichtsveränderung (Verlust oder Zunahme)		
11.	Erschöpfung, Müdigkeit		
12.	Nicht erklärlicher Haarausfall		
13.	Geschwollene Lymphknoten		
14.	Halschmerzen		
15.	Schmerzen in den Hoden / den Leisten		
16.	Nicht erklärliche Unregelmäßigkeit der Menstruation		
17.	Nicht erklärliche Milchproduktion (Laktation)		
18.	Empfindliche Blase oder Blasen-Funktionsstörung		
19.	Sexuelle Funktionsstörung oder Libido-Verlust		
20.	Magenbeschwerden		
21.	Veränderte Stuhlgewohnheiten (Verstopfung, Durchfall) ^a		
22.	Schmerzen des Brustkorbs oder Wundgefühl über den Rippen		
23.	Kurzatmigkeit, Husten		
24.	Herzklopfen, Herzstolpern, Block im Herzreizleitungssystem		
25.	Gelenkschmerzen oder -Schwellung		
26.	StEIFheit der Gelenke, des Nackens oder des Rückens		
27.	Muskelschmerzen oder -krämpfe		
28.	Zucken im Gesicht oder von anderen Muskeln		
29.	Kopfschmerz		
30.	Knacken oder Knarren im Nacken, Nackensteifheit		
31.	Kitzeln, Taubheit, Brennen oder Stiche		
32.	Gesichtslähmung (Bell'sches Phänomen)		
33.	Augen/Sehvermögen: Doppelsehen, Schleiersehen, Schmerzen, verstärkte Mouches Volantes (Mückensehen)		
34.	Ohren/Hören: Summen, Klingen, Ohrenschmerzen		
35.	Schwindel, Gleichgewichtsstörung, verstärkte Reisekrankheit		
36.	Benommenheit, Verwirrtheit, Schwierigkeit beim Laufen		
37.	Zittern (Tremor)		
38.	Verwechslungen, Verwirrtheit, Schwierigkeiten beim Denken		
39.	Schwierigkeiten beim Konzentrieren oder Lesen		
40.	Vergesslichkeit, schlechtes Kurzzeitgedächtnis		
41.	Desorientiertheit: Verirren, Laufen zu falschen Orten		
42.	Schwierigkeiten beim Sprechen		
43.	Stimmungsschwankungen, Gereiztheit, Depressionen		
44.	^a Gestörter Schlaf: zu viel, zu wenig, frühes Erwachen		
45.	Verstärkte Symptome oder schlimmerer Kater nach Alkoholgenu ss		
46.	Herzgeräusche (anamnestisch), Klappen-Prolaps in der Vergangenheit?		

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 (€ 75,- pro Behandlungseinheit / Stunde) zunächst vom Patienten selbst zu tragen und nach Möglichkeit im Anschluss an die Behandlung bar zu entrichten.

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 (30,-€) 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.....