



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen genau aus. Bei den Beispielen genügt es zu **unterstreichen**, sofern diese zutreffen; ansonsten mit eigenen Worten beantworten. Bitte nehmen Sie sich genug Zeit.

Anamnese – Fragebogen

Name		Geburtstag	
Vorname		Tel. 1	
Straße		Tel. 2	
PLZ – Ort		Fax	
Beruf		E-Mail	
Familienstand		Kinder	

Empfehlung durch _____
Versicherung (ev. Zusatzversicherung?) _____

<input type="checkbox"/> gesetzlich (TGKK, PVA, DAK, ...)	<input type="checkbox"/> Privat-Versicherung	<input type="checkbox"/> Zusatzversicherung
--	--	---

Ihr Hausarzt		Sonstige Fachärzte	
Ihr Zahnarzt			

Allgemeines

Aktuelles Körpergewicht		Blutdruck	
Körpergröße		Blutgruppe	
Deutliche Gewichtsveränderungen in den letzten 1 – 3 Monaten?	JA/NEIN	Bestehende Schwangerschaft	JA/NEIN
Schwitzen Sie nachts stark?	JA/NEIN		
Rauchen Sie?	JA/NEIN	Wenn ja: wie viel ungefähr?	
Wie ist Ihr Durstgefühl?		Wieviel Liter trinken Sie normalerweise pro Tag?	Weniger als 1 L 1 – 2 L 2 – 3 L 4 – 6 L mehr 6 L
Was trinken Sie?		Nehmen Sie Zuckerersatzstoffe zu sich?	



Leben Sie nach bestimmten Ernährungsrichtlinien?			
Treiben Sie Sport?	JA/NEIN	Welchen, seit wann? Wie oft?	

Was ist Ihr Wunsch an uns? Was ist Ihr Ziel? (nach Wichtigkeit geordnet)

Was war unmittelbar vor dem ersten Auftreten Ihrer jetzigen Beschwerden?

z.B. eine Erkrankung, Kummer, Trauer, Schreck, Operation, Hautausschläge, Medikamente, usw.

Welche Krankheiten sind Ihnen in Ihrer Familie (Eltern, Großeltern, Urgroßeltern, Geschwister usw.) bekannt?

Krebs		Geisteskrankheiten		Herzkrankheiten		Gallensteine	
Tuberkulose		Selbstmord		Gefäßkrankheiten		Nierensteine	
Geschlechtskrankheiten		Migräne		Schlaganfall		Rheuma	
Asthma		Multiple Sklerose		Gicht		Zuckerkrankheit	
		Schuppenflechte		Allergien		Neurodermitis	
Sonstiges:							

Welche Auffrisch-Impfungen haben Sie bekommen? Bitte Impfausweis mitbringen.

z.B. Tuberkulose (BCG), Polio (Kinderlähmung), Diphtherie, Tetanus, Hepatitis, Cholera, Gelbfieber, Pocken, Grippe, Zecken, usw.

Gab es Reaktionen auf Impfungen?

z. B. Fieber, Krämpfe, Unruhe, Schlaflosigkeit, Verhaltensveränderungen, grippeähnliche Zustände, ...

Welche Infektionskrankheiten haben Sie durchgemacht?

Masern		Windpocken		Pfeiffersches Drüsenfieber	
Mumps		Scharlach		Kinderlähmung (Polio)	
Röteln		Keuchhusten		Tropenkrankheiten	
Ruhr		Tuberkulose		Syphilis	
Salmonellose		Malaria		Tetanus	
				Gonorrhöe (Tripper)	
Sonstiges:					



Kopf

Leiden Sie unter Kopfschmerzen? JA/NEIN

Falls ja,

Wie oft? häufig, selten

Wo? Stirn-Augen-Schläfen-Hinterhauptregion – halbseitig, links, rechts - doppelseitig

Wann? morgens, abends

Haare Haarausfall, kreisrunder, vereinzelter, seit wann.....

Augen Bindehautentzündung, kurzsichtig, weitsichtig, Grauer Star, Macula-Degeneration usw.

Ohren Tinnitus links/rechts, seit

Schwerhörigkeit seit, andere.....

Zähne/Kiefer

Wurden bei Ihnen Amalgamfüllungen entfernt? JA/NEIN

Wurde eine Amalgamausleitung durchgeführt? JA/NEIN

Zahnfüllmaterialien Amalgam, Kunststoff, Gold, Keramik, sonstiges, Implantate

Nase Operationen, Nasennebenhöhlenentzündungen,

behinderte Nasenatmung, Nase verstopft

Mandeln Operation, häufig Mandelentzündungen als Kind / heute

Schilddrüse Überfunktion, Unterfunktion, Vergrößerung, Operation

Brust und Bauch

Herz Beschwerden, Stechen, Druckgefühl, Infarkt, Beklemmung, Rhythmusstörungen

Lunge Bronchitis, häufig Husten, COPD, Auswurf, Farbe:

Leber Entzündung – Hepatitis, Völlegefühl

Galle Steine, Koliken, Operation, Druck im Oberbauch, Fettunverträglichkeit

Magen Völlegefühl, Gastritis, Appetitlosigkeit, Nahrungsmittelallergien

Darm Infektionen, Hämorrhoiden, Blinddarmoperation, Blähungen

Stuhlgang täglich, jeden 2./ 3. / 4. Tag, unregelmäßig,

Neigung zur Verstopfung, Neigung zum Durchfall, Stuhlgang wechselhaft

Stuhlform hell, dunkel, übel riechend, hart, knollig, weich, schmierig, pastenartig,

kann Stuhl nicht halten, Gefühl, nicht fertig zu werden, usw.

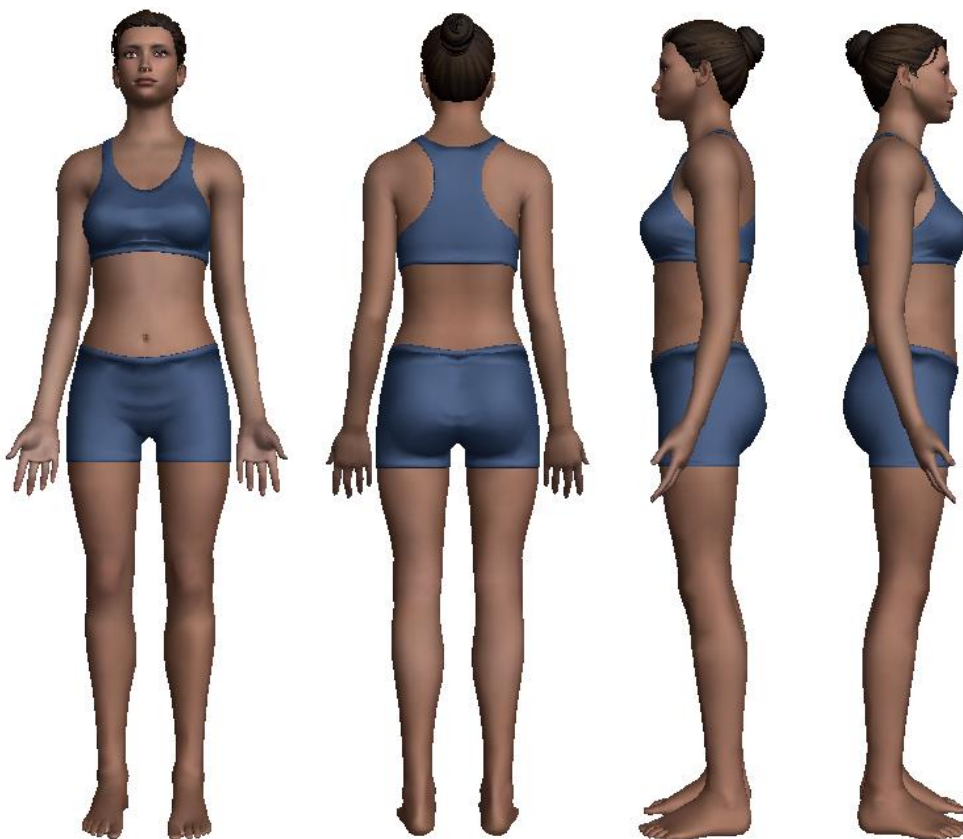
Konsistenz: schnittfest?

Rücken - Arme – Beine

- Arme** Verletzungen, Schmerzen, Tennisellenbogen, Kribbeln, kalte Hände usw.
- Beine** Verletzungen, Schmerzen, Krampfadern, Operationen, Verletzungen, kalte Füße, Kribbeln, Taubheitsgefühl, Restless Legs
- Rücken** Verspannungen, Belastungen, Rheuma, Bandscheibenvorfall, Schmerzen, Ischias, Hexenschuss
- Operationen:**

Haut

- Haut/Nägel** Verbrennungen, Geschwüre, Hautjucken, Warzen, Pilze, eingewachsene Nägel, Nagelbettentzündungen; Neurodermitis, Psoriasis,
- Narben** Haben Sie durch Operationen oder Verletzungen Narben?
- 0 Nein 0 Ja – bitte unbedingt beim Besuch zeigen – auch kleine und einzeichnen



Unterleib – Gynäkologie

Gynäkologie Ausfluss - Eierstockentzündungen, Ausschabungen, Fehlgeburten, Tumore, Zysten, Myome, Geschlechtskrankheiten, Vaginalpilz nie/selten/häufig

- Menses** Wann war die erste Menses
- Wann war die letzte Menses

Beschwerden vor - nach - während der Regel – welche:



Klimakterische Beschwerden

Nehmen Sie Verhütungsmittel? JA/NEIN Welche:

Sofern sie schon einmal schwanger waren oder sind:

Treten oder traten Komplikationen während der Schwangerschaft oder bei der Geburt auf?

.....

Prostata vergrößert, Entzündungen gehabt, aktuell, Beschwerden beim Wasserlassen

Niere/Blase Nierensteine, Entzündungen - häufig

Harn viel, wenig, häufig, kann nicht halten, Geruch nach.....

Häufig nächtlicher Harndrang? JA/NEIN

Farbe: hell/dunkel – Brennen beim Wasserlassen

Harnwegsinfekte: nie/selten/häufig

Sexualität vermindert, verstärkt, unbefriedigt, Beschwerden beim Geschlechtsverkehr, normal

Schlaf

Qualität Schlaflosigkeit, häufiges Erwachen (Uhrzeit), Schwierigkeiten beim Einschlafen, Sprechen im Schlaf, Unruhe in den Beinen, Nachtschweiße, heiße Füße, Zähneknirschen

Schlafzeit übliches zu Bett gehen übliches Aufstehen.....

Allergie

Gibt es bekannte Allergien?

Pollen / wann

Nahrungsmittel

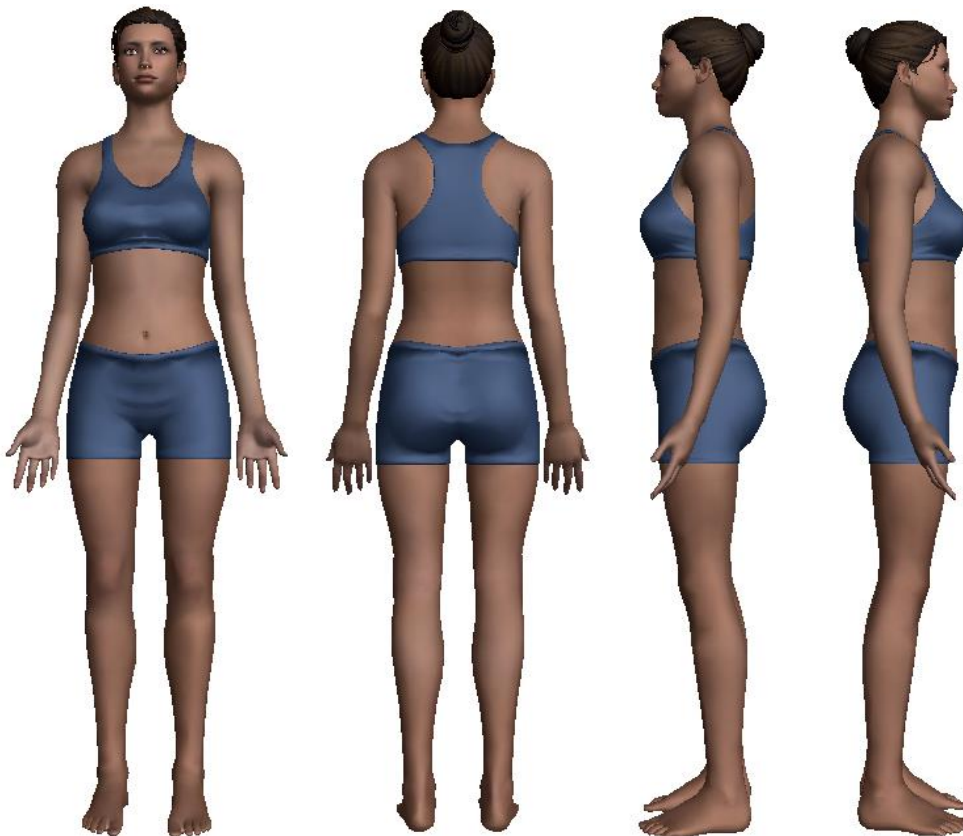
Schmerzfragen

Wo treten Schmerzen auf? Bitte kennzeichnen

- x Kreuz: punktförmiger Schmerz
- Linie: unklare Schmerzlokalisierung
- Pfeil: ausstrahlender Schmerz

Schmerzsкала für den Hauptschmerz

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
schwach mittel sehr stark



Seit wann haben Sie die Schmerzen?

.....

Gab es ein auslösendes Ereignis?

.....



Wie oft haben Sie die Schmerzen? Immer, mehrmals am Tag, alle paar Tage, wöchentlich, seltener
Wie ist das Schmerzempfinden? Ziehend, brennend, stechend, klopfend, drückend, krabbelnd, reißend, Kolikartig, krampfend, dumpf, beengend, bohrend
Welche Ereignisse verschlimmern? Körperliche Belastung, längeres Stehen, Sitzen, Gehen, Stress Kälte, Wärme, Nahrungsmittel, Husten, Niesen, Tageszeit
Wetterlage, Monatsblutung, Sonstiges

Welche Ereignisse verbessern? Ruhe, Schlaf, Bewegung, Kälte, Wärme, Sport, Schmerzmittel, Urlaub
Andere Symptome zum Schmerz Hautrötung, Blässe, Schwellung, Berührungsempfindlichkeit, Schweißbildung, Seh- oder Hörstörungen, Gangunsicherheit, Muskelschwäche, Müdigkeit, Schwindel, Bewegungseinschränkung, Sonstiges

Schmerzbehandlung bisher, wie?

.....

Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit ein? Bitte Beipackzettel oder Medikament mitbringen oder eine Liste der Medikamentennahmen. Auch Nahrungsergänzungsmittel angeben.

.....
.....
.....

Chronologie der Krankengeschichte

Bitte erfassen Sie alle bisherigen Erkrankungen und Operationen, die Sie durchgemacht haben.

.....
.....
.....

Einverständniserklärung

- Die Kosten der Therapien sowie der verordneten Heilmittel werden durch die gesetzlichen Krankenkassen in der Regel nicht übernommen.
- Die Übernahme der Behandlungskosten sowie der verordneten Heilmittel durch die privaten Krankenversicherer erfolgt sehr unterschiedlich. Dieses hängt vom jeweiligen Tarif ab oder es sich um eine Voll- oder Zusatzversicherung handelt. Auch hier erfolgt eine Einzelprüfung. Es kann auch hier sein, dass die Kosten nicht oder nur teilweise übernommen werden.
- Die Kosten der Behandlung laut aktueller Honorartabelle habe ich zur Kenntnis genommen.
- In der Praxis werden verbindliche Termine ohne lange Wartezeiten vereinbart. Sollte ich **unentschuldig** einen Termin nicht wahrnehmen oder einen vereinbarten Termin nicht **spätestens 24 Stunden vorher** absagen, werden die Therapiekosten in jedem Fall in Rechnung gestellt.

Ich habe die Einverständniserklärung gelesen und bin mit ihr einverstanden:

Unterschrift: _____ Datum: _____



Datenschutzerklärung

Liebe Patientinnen und Patienten,

das Datenschutzrecht schreibt mir vor, Ihnen Folgendes mitzuteilen:

Ich weise darauf hin, dass die Daten, die ich von Ihnen erhebe, elektronisch gespeichert werden.

Mit Ihrer Unterschrift geben Sie mir die Einwilligung ...

1. zur Datenübermittlung zu Abrechnungszwecken an die entsprechende Krankenkasse. (Wenn Sie dies nicht wünschen, melden Sie dies bitte an unserer Anmeldung.)
2. zur Datenübermittlung (z.B.Untersuchungsergebnisse) an mit- und weiterbehandelnde Therapeuten oder Ärzte, wenn diese zum Wohle Ihrer Gesundheit Untersuchungsergebnisse benötigen. Falls es für Ihre Behandlung notwendig ist, geben Sie mir hiermit auch das Einverständnis, dass ich Befunde bei anderen Heilpraktikern und Therapeuten anfordern darf. (Wenn Sie dies nicht wünschen, informieren Sie mich bitte darüber.)
3. eventuelle Laboruntersuchungen mit Ihren Personalien an das Fachlabor Ganz Immun zu senden, falls Untersuchungen nicht in meiner Praxis durchgeführt werden können. (Wenn Sie dies nicht wünschen, informieren Sie mich bitte darüber.)
4. zur Weiterleitung Ihrer Daten an WhatsApp Inc.

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann. Ich habe diese Mitteilung gelesen und verstanden.

Ort,

Datum

Unterschrift

Praxisstempel & Unterschrift