



Patientenfragebogen Erwachsene

Bitte füllen Sie den nachstehenden Fragebogen aus.
Ihre Daten werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

Vorname

Nachname

Plz Ort

Straße

Telefon

E-Mail

Geburtsdatum

Körpergröße

Beruf / Tätigkeit

Kinder (Name/Alter)

- Gesetzlich versichert bei
- Privat versichert
- Zusatzversicherung

Woher kennen sie unsere Praxis?

Krankenversicherung (bitte ankreuzen)

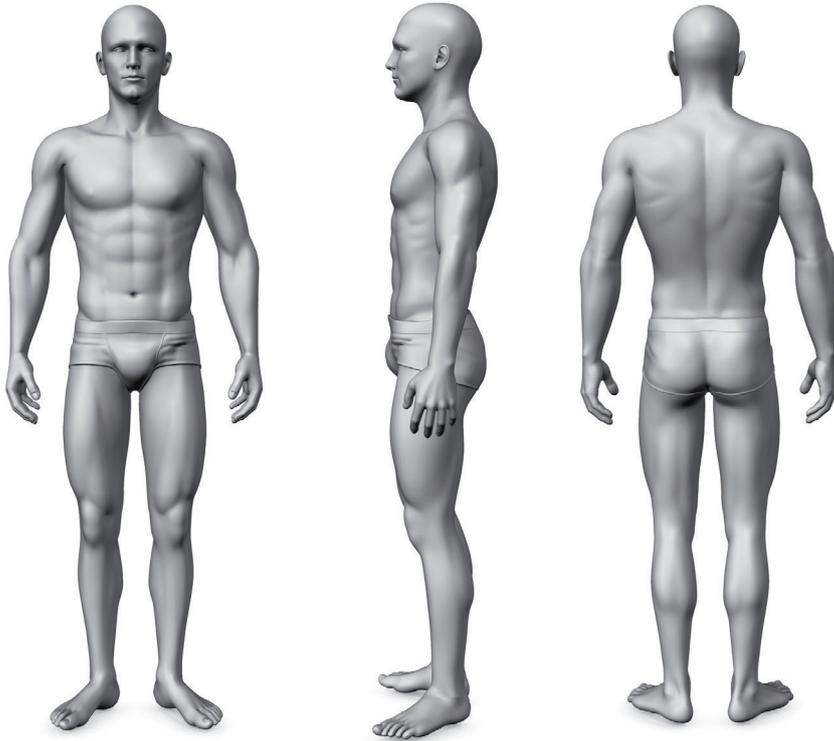
Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass unsere Leistungen ausschließlich nach dem Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker abgerechnet werden. Bitte beachten Sie, dass Krankenkassen die Behandlungskosten grundsätzlich nicht erstatten. Private Krankenversicherer und Zusatzversicherungen, Postbeamtenkrankenkasse und Beihilfe erstatten nach jeweils verschiedenen Sätzen. Für eine 100%ige Erstattung können wir daher keine Gewähr übernehmen.

Bitte sagen Sie Termine, die Sie nicht einhalten können, mindestens 24 Stunden vorher ab. Wir behalten uns vor, nicht rechtzeitig abgesagte bzw. nicht wahrgenommene Termine in Rechnung zu stellen. Bei Zuspätkommen muss unter Umständen ein neuer Termin vereinbart werden.

DATUM

UNTERSCHRIFT

10| BITTE MARKIEREN SIE IHRE SCHMERZHAFTE REGION



11| NEHMEN SIE IN REGELMÄSSIGEN ABSTÄNDEN MEDIKAMENTE EIN?
BLUTVERDÜNNER, SCHLAFTABLETTEN, ENTZÜNDUNGSHEMMER ETC.

Ja Nein

Wenn ja, welche?

12| LEIDEN SIE UNTER SCHLAF- ODER DURCHSCHLAFSTÖRUNGEN?

Ja Nein

13| WURDEN SIE HINSICHTLICH IHRER BESCHWERDEN BILDGEBEND UNTERSUCHT?

Röntgen CT (Computertomographie)
 Ultraschall MRT (Magnetresonanztomographie)

14| SIND ODER WAREN SIE SCHWANGER?

Ja Nein

Wenn ja, wie war der Verlauf?

DER ARZT DER ZUKUNFT WIRD KEINE MEDIZIN GEBEN, SONDERN WIRD SEINE PATIENTEN FÜR ERNÄHRUNG UND DIE URSACHEN UND VORSORGE VON KRANKHEITEN INTERESSIEREN.

THOMAS EDISON

| MEINE MEDIZINISCHE VORGESCHICHTE

SCHLAGANFALL	<input type="radio"/>	HEPATITIS	<input type="radio"/>
TAUBHEIT	<input type="radio"/>	BLUTUNGSNEIGUNG	<input type="radio"/>
MULTIPLE SKLEROSE	<input type="radio"/>	ASTHMA	<input type="radio"/>
PARKINSON	<input type="radio"/>	OHNMACHTSANFÄLLE	<input type="radio"/>
LÄHMUNGSERSCHEINUNG	<input type="radio"/>	SCHWINDEL	<input type="radio"/>
ZITTERN	<input type="radio"/>	NIERENBESCHWERDEN	<input type="radio"/>
GLEICHGEWICHTSSTÖRUNG	<input type="radio"/>	GEFÄSSERKRANKUNG/ THROMBOSE	<input type="radio"/>
UNKLARER GEWICHTSVERLUST	<input type="radio"/>	ZUCKERKRANKHEIT	<input type="radio"/>
DEPRESSION	<input type="radio"/>	NIERENSTEINE	<input type="radio"/>
OSTEOPOROSE	<input type="radio"/>	GALLENSTEINE	<input type="radio"/>
ALLERGIEN	<input type="radio"/>	GICHT	<input type="radio"/>
KREBSERKRANKUNGEN	<input type="radio"/>	SCHUPPENFLECHTE	<input type="radio"/>
THROMBOSENEIGUNG	<input type="radio"/>	NEURODERMITIS	<input type="radio"/>
TUBERKULOSE	<input type="radio"/>	MIGRÄNE	<input type="radio"/>
HERZINFARKT	<input type="radio"/>	KOPFSCHMERZEN	<input type="radio"/>
ARTHROSE	<input type="radio"/>	SODBRENNEN	<input type="radio"/>
TINNITUS	<input type="radio"/>	SPINALKANALSTENOSE	<input type="radio"/>
SCHILDDRÜSENPROBLEME	<input type="radio"/>	NEBENHÖHLENPROBLEME	<input type="radio"/>

| WELCHE INFZEKTIONSKRANKHEITEN HABEN SIE DURCHGEMACHT?

GÜRTELROSE	<input type="radio"/>	MASERN	<input type="radio"/>
BORRELIOSE	<input type="radio"/>	PFEIFFERSCHES DRÜSENFIEBER	<input type="radio"/>

| STRESSLEVEL 1-10

1 KEIN STRESS | 10 VIEL STRESS

ARBEIT **①** ←————— **⑤** —————→ **⑩**

PRIVAT **①** ←————— **⑤** —————→ **⑩**

ENERGIELEVEL 1-10

1 KEINE ENERGIE | 10 PLATZE VOR ENERGIE

MORGENS MITTAGS NACHMITTAGS ABENDS **VERDAUUNG:** JA NEINAUFGEBLÄHT SEIN SODBRENNEN UNVERTRÄGLICHKEIT
VON FETT **ZYKLUS:**SEHR LANG (>32 D) SEHR KURZ (<22 D) STIMMUNGSSCHWANKUNGEN VOR PERIODE HEISSHUNGERATTAKEN SPANNENDE BRÜSTE WASSEREINLAGERUNGEN KOPFSCHMERZEN UM EISPRUNG/ VOR PERIODE

| NOTIZEN FÜR THERAPEUTEN

DIES IST NUR VON UNSEREM FACHPERSONAL AUSZUFÜLLEN

A large, empty rectangular box with a thin black border, occupying most of the page. It is intended for handwritten notes by therapists.