

Fragen zu Ihrer Person

Name: _____

Vorname: _____

Straße / Hausnummer: _____

PLZ / Ort: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Geburtsdatum: _____

Familienstand: ledig verheiratet geschieden

Name und Alter der Kinder: _____

Beruf: _____

Art der Tätigkeit: sitzend stehend körperlich

Wie sind Sie krankenversichert?

gesetzlich bei _____

privat bei _____

Beihilfe Zusatzversicherung für Heilpraktiker

Sind Sie

- Auszubildende/r Student/in Schüler/in
 z.Zt. erwerbsunfähig arbeitslos

Sind Sie bereit Ihre Lebensgewohnheiten zu ändern wenn es erforderlich ist?

- Ja Nein

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Ich versichere, dass diese Angaben der Wahrheit entsprechen.

Datum _____

Unterschrift _____

Ihre Daten werden absolut vertraulich behandelt und dienen Ihrer Sicherheit.

Anamnesebogen

Was sind Ihre momentanen Beschwerden?

Seit wann haben Sie diese Beschwerden?

seit Jahren seit einem Jahr seit einigen Monaten seit Wochen seit Tagen

Sind die Beschwerden schon einmal aufgetreten?

Nein, es ist das erste Mal Ja, schon oft regelmäßig

War der Beginn plötzlich allmählich?

Waren Sie damit bereits in Behandlung?

Nein

Ja, bei

Diagnose

Therapien

Homöopathie Akupunktur Chiropraktik

Massage Fango Spritzen Krankengymnastik

Ergebnis

viel Erfolg wenig Erfolg kein Erfolg

Nehmen Sie Medikamente?

Nein

Voltaren Diclophenac Cortison Tramal _____

Diese Mittel helfen

gut schlecht nur kurzfristig

Hatten Sie Unfälle, Stürze, etc. in Ihrem Leben?

Nein

Ja, _____

Tragen Sie einseitige Absatzerhöhungen?

Nein

Ja, und zwar _____

Operationen:

Blinddarm Mandeln Galle Bandscheibe Hüfte

Knie Unterleib Magen / Darm Krebs

Welche der folgenden Krankheiten haben Sie (gehabt)?

Osteoporose Polio M. Paget

Tuberkulose Tumor Rheumatisches Fieber

Schlaganfall MS Bandscheibenschaden

Schilddrüsenenerkrankung Arthrose M. Bechterew

Arthritis Diabetes Epilepsie

Herz-Kreislaufkrankungen Reitersyndrom _____

Welche der folgenden Beschwerden hatte Sie in den letzten sechs Monaten?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Schmerzen im unteren Rücken | <input type="checkbox"/> Steifheitsgefühl |
| <input type="checkbox"/> Schulter-Arm-Schmerzen | <input type="checkbox"/> Nackenschmerzen |
| <input type="checkbox"/> Kiefergelenkprobleme | <input type="checkbox"/> Ischialgie |
| <input type="checkbox"/> Schmerzen zwischen den Schultern | <input type="checkbox"/> Gelenkschmerzen |
| <input type="checkbox"/> _____ | |

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Blasenbeschwerden | <input type="checkbox"/> Impotenz |
| <input type="checkbox"/> Prostatabeschwerden | <input type="checkbox"/> verfärbter Urin |
| <input type="checkbox"/> Schmerzen beim Wasserlassen | <input type="checkbox"/> _____ |

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> unregelmäßige Periode | <input type="checkbox"/> menstruelle Beschwerden |
|--|--|

Sind Sie schwanger? Nein Ja, im _____ Monat

- | | | |
|--|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Brustschmerzen | <input type="checkbox"/> geschwollene Füße | <input type="checkbox"/> Ödeme |
| <input type="checkbox"/> Krampfadern | <input type="checkbox"/> Blutdruckprobleme | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt |
| <input type="checkbox"/> Herzbeschwerden | <input type="checkbox"/> Herz-Rhythmusstörungen | <input type="checkbox"/> Asthma |
| <input type="checkbox"/> Lungenbeschwerden | <input type="checkbox"/> Kurzatmigkeit | <input type="checkbox"/> Ohnmacht |
| <input type="checkbox"/> Schwindel | | |

Allergien: _____

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Augenprobleme | <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen | <input type="checkbox"/> Migräne |
| <input type="checkbox"/> Zahnprobleme | <input type="checkbox"/> Zahnsperre / ähnliches | <input type="checkbox"/> Nebenhöhlen |
| <input type="checkbox"/> Schwerhörigkeit | <input type="checkbox"/> Halsschmerzen | <input type="checkbox"/> Ohrenschmerzen |
|
 | | |
| <input type="checkbox"/> Durchfall | <input type="checkbox"/> Übelkeit | <input type="checkbox"/> Erbrechen |
| <input type="checkbox"/> Hämorrhoiden | <input type="checkbox"/> Appetitmangel | <input type="checkbox"/> Magen- / Darmkrämpfe |
| <input type="checkbox"/> Verstopfung | <input type="checkbox"/> Gallenbeschwerden | <input type="checkbox"/> Gewichtsprobleme |
| <input type="checkbox"/> Leberbeschwerden | | |

Schlafen Sie gut? Nein Ja

In welcher Position? _____

Welche Genussmittel nehmen Sie mehr oder weniger regelmäßig ein?

- | | | | |
|---------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Kaffee | <input type="checkbox"/> Tee | <input type="checkbox"/> Alkohol | <input type="checkbox"/> Zigaretten |
| <input type="checkbox"/> Zucker | <input type="checkbox"/> Cannabis | <input type="checkbox"/> _____ | |

Trinkmenge pro Tag: ca. _____ Liter

Denken Sie immer daran – Heilung braucht Zeit! Ihr Körper ist in der Lage Erstaunliches zu leisten, dennoch ist Heilung ein Prozess, der Zeit und Ihre Mithilfe braucht!

Ich versichere, dass die Angaben der Wahrheit entsprechen.

Datum _____ Unterschrift _____