

Patientenfragebogen



Heilpraktikerin
Liane Antoni

Termin am:

Gesund & Glücklich bis ins hohe Alter

Liane Antoni
Heilpraktikerin

Gesundheitspraxis
Lauberstr. 7
87600 Kaufbeuren

Telefon: 08341-5213

Mobil: 0179 515 66 26

Mail: gesund@heilpraktiker-allgaeu.com

Internet: www.heilpraktiker-allgaeu.com

Bitte schicken Sie diesen Fragebogen vor ihrer Konsultation an meine Praxis. Füllen Sie den Fragebogen bitte genau und komplett aus: machen Sie exakte Angaben über die Dauer (seit wann?) und Häufigkeit sowie Intensität Ihrer Beschwerden.

Name, Vorname

Geburtsdatum,

Ort,

evtl. Geburts-Zeit

Straße, Hausnr.

PLZ, Ort

Telefon, Handy

E-Mail

Krankenkasse

Beruf

Größe

Gewicht

Familienstand

Kinder

1. An welchen Krankheiten leiden Sie und seit wann?

Ordnen Sie die Beschwerden nach ihrer Wichtigkeit.

(Sollte der Platz zu den einzelnen Fragen nicht ausreichen, können Sie weitere Angaben auf einem gesonderten Blatt machen.)

2. Wo haben Sie Schmerzen, wie oft, wie lange, wie intensiv? (z.B. Kopf-, Gelenk-, Rückenschmerzen)

3. Wie viele Ärzte, Kliniken, Heilpraktiker haben Sie bisher aufgesucht? Anzahl

4. Welche Behandlungen haben Sie bisher erhalten? Wann und mit welchem Erfolg? Genau bitte!

5. Sind Autoimmunerkrankungen bekannt? Welche, seit wann?

6. Geben Sie bitte alle Erkrankungen und Operationen an, die Sie durchgemacht haben
Wann und welche?

7. Welche Impfungen haben Sie erhalten? Falls Impfpass vorhanden, bitte Kopie beifügen.

8. Welche Medikamente/Nahrungsergänzungsmittel nehmen Sie ein und seit wann? Genau bitte! Wichtig!

Name des Medikamentes/ Nahrungsergänzungsmittel	Einnahme seit
---	---------------

Achtung: Medikamente nur nach therapeutischer Rücksprache reduzieren oder absetzen.

9. An was sind ihre Eltern und andere Verwandte erkrankt?

Mutter
Vater
Oma mütterseits
Opa mütterseits
Oma väterseits
Opa väterseits
Schwester
Bruder

10. Wie **viel** und **was** genau trinken Sie täglich? Genau bitte!

11. Wie oft haben Sie Stuhlgang? täglich wöchentlich
Welche Konsistenz hat ihr Stuhl?

wässrig breiig geformt wechselhaft

12. Leiden Sie unter Blähungen? ja nein

13. Welche Nahrungsmittel essen Sie?

Zucker Milchprodukte
 Weißmehlprodukte Eier
 Nüsse Süßigkeiten
 Kuchen Rohkost

14. Rauchen Sie? ja nein
Wie viel am Tag? Stück pro Tag

15. Haben oder hatten Sie Amalgam- oder Palladium-Zahnfüllungen? Wann entfernt?
Wurden Schwermetalle laborkontrolliert ausgeleitet?

16. Wie belastbar und leistungsfähig fühlen Sie sich?

17. Wie viele Stunden schlafen Sie pro Nacht?

Sind Sie nach ausgiebigem Schlaf erholt und fühlen sich frisch?

18. Können Sie sich an Ihre Träume erinnern? ja nein

19. Schwitzen Sie nachts? ja nein

20. Wie hoch bewerten Sie Ihre Stress- und seelische Belastung?

Sehr hoch hoch normal niedrig sehr niedrig,

Welche Gründe gibt es dafür?

21. Was ist oder war Ihr größter Wunsch?

22. Was erwarten Sie von meiner Behandlung?

23. Sind Sie bereit Ihre Ernährungsgewohnheiten mit meiner Hilfe zu verbessern?

Bitte legen Sie Kopien der letzten Blutuntersuchung sowie der neuesten Untersuchungsergebnisse (Befunde) bei.

Ich bestätige, darüber aufgeklärt worden zu sein, dass ich eine Privatrechnung gemäß des Gebührenverzeichnisses für Ärzte (Laborleistung) und Heilpraktiker erhalte und diese selbst begleichen werde. Ich erkläre ferner, darüber aufgeklärt worden zu sein, dass eine Kostenerstattung durch **eine private Krankenversicherung, Beihilfestelle** oder Krankenkasse nicht immer gewährleistet ist und von mir selbst abgeklärt werden muss. Gesetzliche Krankenkassen übernehmen die Kosten nicht. Die Absprache sowie die Unterzeichnung dieser Vereinbarung erfolgen vor der Erbringung der Leistungen.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten oder Erziehungsberechtigten im Fall der Minderjährigkeit