



ANAMNESE – FRAGEBOGEN

Bitte nehmen Sie sich etwas Zeit für diesen Fragebogen.
Ihre Vorgeschichte kann mir wichtige Hinweise für die von Ihnen gewünschte Betreuung geben.
Die Beantwortung der folgenden Fragen erfolgt freiwillig.
Wenn Sie einzelne Fragen nicht oder lieber im persönlichen Gespräch beantworten möchten oder deren Beantwortung für nicht relevant erachten, lassen Sie die entsprechenden Fragen einfach aus.
Wenn Sie wissen möchten, wozu einzelne Angaben nützlich sind,
kann ich Ihnen dies gerne erläutern.
Wir werden den Fragebogen gemeinsam durchgehen und alle Fragen besprechen.
Sollte der Platz für einzelne Antworten nicht ausreichen, fügen Sie bitte ein Beiblatt an oder benützen die Rückseiten.

Vielen Dank!

Name

Straße / Nr.

PLZ / Wohnort

Telefon

Mobil

Email

Geburtsstag

Geburtsort

Geburtszeit

Körpergröße

Gewicht

Beruf

Hausarzt

Facharzt

Private Versicherung / Zusatzversicherung

Beschwerden

Unter welchen akuten Beschwerden leiden Sie und seit wann?

Ordnen Sie nach Wichtigkeit

1. _____ seit: _____
2. _____ seit _____
3. _____ seit: _____
4. _____ seit: _____
5. _____ seit: _____
6. _____ seit: _____
7. _____ seit: _____
8. _____ seit _____
9. _____ seit: _____
10. _____ seit: _____

Welche Behandlungen haben Sie gegen die Beschwerden bereits bekommen?

Wie viele Ärzte, Kliniken, Heilpraktiker haben Sie bislang aufgesucht?

Wie war der Erfolg? 0 sehr gut 0 gut 0 mäßig 0 schlecht 0 sehr schlecht

Was war unmittelbar vor dem ersten Auftreten Ihrer jetzigen Beschwerden?

0 Eine Erkrankung 0 Kummer 0 Trauer 0 Schreck 0 Operation 0 Hautausschlag
0 andere:

Welche Medikamente / Nahrungsergänzungsmittel nehmen Sie zur Zeit ein?

Was erwarten Sie von meiner Behandlung?

Emotionales

Reagieren Sie auf Wärme im Sommer? ja nein
Sind Sie berührungsempfindlich? ja nein
Beeinträchtigt Sie ein geschlossener Kragen? ja nein
Beeinträchtigt Sie ein enger Gürtel? ja nein
Mögen Sie enge Räume (Fahrstuhl, etc.)? ja nein

Mangelnde Konzentration? ja nein
Sind Sie müde und erschöpft? ja nein
Reizbarkeit verstärkt? ja nein
Angst – Schuldgefühle - Konflikte? ja nein
Treiben Sie regelmäßig Sport? ja nein

Schwitzen Sie leicht? ja nein
Schwitzen Sie nachts? ja nein

An welchem Körperteil? _____

kalter Schweiß warmer Schweiß

Frieren Sie schnell? ja nein
 kalte Hände kalte Füße

Wie belastbar und leistungsfähig fühlen Sie sich?

sehr mäßig gar nicht

Wie ist Ihr Verhältnis zu Ihren Eltern?

sehr gut gut mäßig schlecht

Haben Sie eine(n) Partner(in)? ja nein

Wie ist Ihr Verhältnis zueinander?

sehr gut gut mäßig schlecht

Sind Sie glücklich? ja nein

Ernährung

Wieviel Liter trinken Sie täglich?

Was trinken Sie?

Welche Nahrungsmittel essen Sie?

Milchprodukte Weißmehlprodukte
 Süßigkeiten Kuchen
 Zucker Nüsse
 Eier

Auf welche Lebensmittel können Sie nur schwer verzichten?

Verlangen nach

süß
 sauer
 pikant
 bitter
 salzig
 scharf
 Fleisch
 Eier
 Obst
 Nikotin
 Alkohol

Abneigungen gegen

süß
 sauer
 pikant
 bitter
 salzig
 scharf
 Fleisch
 Eier
 Fett
 Alkohol

Nahrungsmittel – Allergien auf:

Leben Sie nach bestimmten Ernährungsrichtlinien?

ja nein

Wenn ja welche?

Wurden Sie gestillt? ja nein

War Ihre Geburt eine Natürliche? ja nein

Sind Sie bereit Ihre Ernährungsgewohnheiten mit meiner Hilfe zu verbessern? ja nein

Kopf

Leiden Sie unter Kopfschmerzen?

- häufig selten nie
- morgens abends
- halbseitig L / R doppelseitig
- wandernd von links nach rechts
- wandernd von rechts nach links
- Stirn-Augen-Schläfenpartie Hinterhauptpartie

Auslöser:

Was verbessert?

Was verschlechtert?

Haare

- Haarausfall kreisrund vereinzelt
- Seit wann?

Augen

- Bindehautentzündung kurzsichtig
- sonstige Beschwerden weitsichtig
- Brillе, seit: _____

Ohren

- Schmerz links Schmerz rechts beidseitig
- Mittelohrentzündungen schwerhörig
- Ohrengeräusche Ohrendruck

Zähne / Kiefer

- häufig Zahnarztbesuche Beschwerden bei Zahnung
- Erschwerter Durchbruch der Weisheitszähne
- Wurzelbehandelte Zähne Tote Zähne

Empfindliche Zähne auf: heiß kalt

Wurden bei Ihnen Amalgamfüllungen entfernt?

- ja nein

Zahnfüllmaterialien:

- Amalgam Gold
- Titan Kunststoff
- Keramik Palladium

Nase

- Operationen
- Heuschnupfen
- Allergien auf:

behinderte Nasenatmung

Nase verstopft

Absonderungen:

- wässrig
- schleimig
- eitrig
- grünlich
- häufig Nasennebenhöhlenentzündung

Mandeln

- Operationen
- häufig Mandelentzündung
- als Kind heute

Schilddrüse

- Überfunktion
- Unterfunktion
- Vergrößerung
- Operation

Brust Bauch Rücken

Brustdrüse
 Beschwerden
 Operationen

Herz
 Beschwerden
 Stechen
 Druckgefühl
 Infarkt
 Beklemmungen
 Rhythmusstörungen

Lunge
 Bronchitis
 häufig Husten
 Atemnot

Leber
 Entzündungen
 Hepatitis

Galle
 Steine
 Koliken
 Operationen
 Druck im Oberbauch
 Fettunverträglichkeit

Magen
 Völlegefühl
 Gastritis
 Appetitlosigkeit
 Nahrungsmittel-allergien

Rücken
 Schmerzen
 Ischias
 Hexenschuss
 Skoliose

Niere / Blase
 Nierensteine
 Entzündungen
 häufig

Harn
 viel
 wenig
 häufig
 kann nicht halten
 Geruch nach:

Darm
 Infektionen
 Hämorrhoiden
 Blinddarm-OP
 Blähungen
 Geruch nach:

Stuhlgang
 täglich
 jeden 2. Tag
 unregelmäßig
 Geruch:
 Neigung zu Verstopfung
 Neigung zu Durchfall
 Konsistenz des Stuhls:
 hell
 dunkel
 übelriechend
 hart
 knollig
 weich
 schmierig
 pastenartig
 kann Stuhl nicht halten
 Gefühl nicht fertig zu werden

Arme Beine Rücken Haut

Arme
 Verletzungen
 Schmerzen
 Tennisellenbogen
 Kribbeln
 kalte Hände

Beine
 Schmerzen
 Krampfadern
 Operationen
 Verletzungen
 Kalte Füße
 Kribbeln
 Taubheitsgefühl

Rücken
 Beweglichkeit
 Verspannungen
 Belastungen
 Rheuma

Haut / Nägel
 Verbrennungen
 Narben
 Geschwüre
 Hautjucken
 Warzen
 Pilze
 eingewachsene Nägel
 Nagelbettentzündungen
 Allergien auf:

Gynäkologischer / Urologischer Bereich

Gynäkologisch
 Ausfluß
 keinen
 stark
 weiß
 gelb
 wundmachend
 färbt die Wäsche
 Schmerzen
 Eierstockentzündungen
 Ausschabungen
 Fehlgeburten
 Geburten / wie viele:
 Abtreibungen
 Tumore
 Zysten
 Myome
 Geschlechtskrankheiten

Menses
 Wann war die erste Menses?

 Wann die letzte?
 Blutungen sind
 hell
 dunkel
 klumpig
 braun
 regelmäßig
 unregelmäßig

Prostata
 vergrößert
 Entzündungen
 Beschwerden beim Wasserlassen
 Geschlechtskrankheiten

Sexualität
 vermindert
 verstärkt
 unbefriedigt
 Beschwerden beim Geschlechtsverkehr

Behandlungs- und Beratungsvereinbarung

Ich möchte Ihnen wichtige Informationen zu den Rahmenbedingungen für eine gute und reibungslose Zusammenarbeit geben.

Sie erreichen mich von Montag bis Freitag während meiner telefonischen Sprechzeit von 13 bis 14 Uhr.

Führe ich in dieser Zeit gerade ein telefonische Beratung, schaltet sich automatisch der Anrufbeantworter an.

Bitte hinterlassen sie dann eine Nachricht für mich. Alle Nachrichten (per Mail oder Telefon) die bis 16 Uhr bei mir eingehen, beantworte ich noch am gleichen Tag. Sie erreichen mich nicht über Nachrichtendienste und nicht auf dem mobilen Telefon.

Mich erreichen Sie ausschließlich unter der Festnetznummer: 0441 36137912 und meiner Mailadresse:

annett@schmittendorf.de

Sie sind bei mir in Behandlung einer Heilpraktikerin. Ich behandle im Sinne der Naturheilkunde, was bedeutet: die Kosten werden von gesetzlichen Krankenversicherung nicht übernommen. Die Behandlung umfasst insbesondere schulmedizinisch nicht anerkannte Heilverfahren.

Ich rechne für Privat-Versicherte und Beihilfeberechtigte nach dem Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH) ab. Das Patientenrechtsschutzgesetz verpflichtet mich Sie darüber aufzuklären, dass möglicherweise nicht alles erstattet wird, was ich Ihnen in Rechnung stelle. Nicht alle inzwischen möglichen und etablierten Verfahren, die ich anbiete, sind im GebüH aufgeführt. Analoge Abrechnung heißt, dass ich dann eine oder mehrere Leistungen auf der Rechnung benennen kann, die der erbrachten Leistung am ähnlichsten ist. Die Erstattung analog abgerechneter Leistungen wird von den Kostenträgern unterschiedlich gehandhabt. Erstattungssicherheit besteht dabei nicht.

Wenn die private Krankenversicherung, private Zusatzversicherung oder Beihilfe die entstehenden Kosten nicht oder nur teilweise übernimmt, trägt der Patient für eine entsprechende Klärung selbst Sorge. Etwaige Differenzen zwischen meinem Honorar und dem Erstattungsbetrag sind von Ihnen selbst zu tragen.

Als Selbstzahler können Sie mit 90 € für 1 Stunde, und mit 45 € für ½ Stunde rechnen, je nach Aufwand.

Die Rechnungen werden am Ende des Monats verschickt und Barzahlungen werden quittiert. Materialien und Medikamente und Laborkosten werden zum Selbstkostenpreis in Rechnung gestellt.

Eine **Absage** sollte nur in dringenden Fällen, spätestens jedoch **24 Stunden vor der Behandlung** erfolgen.

Bei Nichterscheinen berechne ich den vollen Satz.

Ich freue mich, Sie in Ihrer Gesundheit zu unterstützen.

Oldenburg, den:

.....
Unterschrift (Heilpraktikerin)

.....
Unterschrift (Patient / Patientin)