



Fülle bitte die nachfolgenden Fragen so genau wie möglich aus.

Name \_\_\_\_\_ Telefonnummer \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

PLZ und Ort \_\_\_\_\_ Beruf \_\_\_\_\_

Geburtstag \_\_\_\_\_ Geburtsort \_\_\_\_\_ Zeit \_\_\_\_\_

Familienstand \_\_\_\_\_ Kinder \_\_\_\_\_

Versicherung \_\_\_\_\_ gesetzlich  privat

Zusatzversicherung \_\_\_\_\_

Was ist dein aktuelles Anliegen?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Seit wann bestehen die Beschwerden? \_\_\_\_\_

Was war unmittelbar vor dem ersten Auftreten der jetzigen Beschwerden?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

z.B. Unfall, Medikamente, Operationen, Kummer, Trauer, Schock, Berufswechsel, Trennung, Auslandsaufenthalt

Wurden bereits Behandlungen durchgeführt von dir selbst? \_\_\_\_\_

Von einem Arzt? \_\_\_\_\_

Von einem Naturheilkundler/Heilpraktiker? \_\_\_\_\_

Wurden Diagnosen gestellt? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Bestehen Allergien? \_\_\_\_\_

Bestehen Unverträglichkeiten? \_\_\_\_\_

Gab es Unfälle oder Operationen? \_\_\_\_\_

Wenn ja wann? \_\_\_\_\_

Traumatische Belastungssituationen? \_\_\_\_\_

Wenn ja wann? \_\_\_\_\_

Zahnfüllungen? Amalgam  Kunststoff  Gold  Keramik

sonstiges \_\_\_\_\_

Wurde Amalgam entfernt, wenn ja wann? \_\_\_\_\_

Wurzelgefüllte Zähne, Prothesen, Zahnproblematik? \_\_\_\_\_

Wie ist der Schlaf? \_\_\_\_\_

Urin ablassen: Auffälligkeiten wie viel, wenig, häufig nachts, Inkontinenz, riecht nach \_\_\_\_\_

Konsistenz \_\_\_\_\_ Farbe \_\_\_\_\_

Stuhlgang: Auffälligkeiten wie täglich mehrfach, unregelmäßig, riecht nach, wenig \_\_\_\_\_

Konsistenz \_\_\_\_\_ Farbe \_\_\_\_\_

Schwitzen: Auffälligkeiten wie viel, wenig, nachts riecht nach \_\_\_\_\_

Periode: Auffälligkeiten wie unregelmäßig, stark, schwach, schmerzhaft \_\_\_\_\_

Geburten: Gab es Komplikationen oder Besonderheiten? \_\_\_\_\_

Pubertät: Auffälligkeiten \_\_\_\_\_

Wechseljahrserscheinungen: Wenn ja, welche?

\_\_\_\_\_

Welche Krankheiten gibt es in der Familie? z.B. Allergien, Asthma, Herzerkrankung, Diabetes, Schilddrüsenerkrankung, Krebs, Migräne, Gicht

\_\_\_\_\_

Trinkmenge Wasser pro Tag \_\_\_\_\_

Trinkmenge Kaffee pro Tag \_\_\_\_\_

Alkohol pro Woche/Monat \_\_\_\_\_

Zigaretten pro Tag/Woche \_\_\_\_\_

Anderer Genuss- und Drogenkonsum \_\_\_\_\_

Medikamente \_\_\_\_\_

Nahrungsergänzungsmittel \_\_\_\_\_

Ernährung: Mischkost  Vegetarier  Vegan  seit \_\_\_\_\_

Regelmäßige Mahlzeiten, beschreibe in Kürze?

\_\_\_\_\_

Beschreibe deinen Sport oder Bewegung im Alltag \_\_\_\_\_

Welche Krankheiten hast du durchlebt?

\_\_\_\_\_

Welche Auffrischungs-/Impfungen hast du bekommen?

\_\_\_\_\_

Gab es Impfreaktionen oder Nebenwirkungen?

\_\_\_\_\_

Wie war deine Geburt? \_\_\_\_\_

„Bevor Du jemanden heilst, frage ihn, ob er bereit ist aufzugeben, was ihn krank macht.“ Hippokrates 460 - 370 v. Chr.

Bist du bereit? Ja  Nein

Gibt es noch etwas, was du mir zu deiner Lebens und Gesundheitsgeschichte mitteilen willst?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Notfall-Kontaktperson \_\_\_\_\_ Telefonnummer \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

**Datenschutz:**

Nach der EU-**Datenschutz**-Grundverordnung (DSGVO) sind wir verpflichtet, dich darüber zu informieren, zu welchem Zweck unsere Praxis Daten erhebt, speichert oder weiterleitet.

Wir erheben deine Daten für eine sorgfältige Praxisführung, für die Erreichbarkeit eines Notfallkontakts und zur Mitarbeit Dritter, wie Labore oder deine behandelnden Ärzte oder deiner Gesundheitsversicherung.

Mit deiner Unterschrift, willigst du dieser Datennutzen ein.

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

---

Bitte bringe gerne vorhandene medizinische Unterlagen, Nahrungsergänzungsmittel und Medikamente zu deinem Termin mit.

Trage bequeme Kleidung und bringe ein paar frische Socken mit.

Musst du einen Termin absagen oder verlegen, melde dich bitte zeitig. Ein Termin der nicht in 24h abgesagt wird, wir zum vollem Honorar von 120€ in Rechnung gestellt.

Ein Besuch beim Heilpraktiker ersetzt keine Besuch beim Arzt. Eine laufende Behandlung bei einem Mediziner darf nicht ohne Rücksprache abgebrochen werden.

Die Behandlungen werden nach der Gebührenordnung für Heilpraktiker abgerechnet.

Eine aufgestellte Rechnung der erbrachten Leistung wird gegen eine Gebühr von 10€ erstellt.