



Behandlung Ersttermin

Name:	_____	Vorname:	_____
Strasse:	Nr: _____	PLZ:	Ort: _____
Telefon:	_____	E-Mail:	_____
Geburtsdatum:	_____	Geburtsort:	_____
Größe:	_____	Gewicht:	_____
Beruf/Ausbildung:	_____	Familienstand:	_____
Kinder:	_____	Spontan? - Sectio?:	_____
Geburtsjahre der Kinder:	_____		

Was sind Ihre derzeitigen gesundheitlichen Hauptanliegen?

Leiden Sie derzeit (bitte ankreuzen) oder litten Sie bereits unter (ggf mit Jahreszahl):

- Stress
- soziale Schwierigkeiten (Beziehung, Familie, Beruf)
- Nervenschmerzen
- Kopfschmerzen
- Migräne
- Ohrgeräusche
- Schlafstörungen
- Depressionen
- Multiple Sklerose
- Epilepsie
- Suchtkrankheit Nikotin
- Suchtkrankheit Alkohol
- Suchtkrankheit Drogen
- Suchtkrankheit Stimulantien
- Suchtkrankheit Arzneien

Sonstiges:



Schilddrüsenerkrankungen

Wenn ja, welche?

Seit wann?

Medikamente:

Krankheiten von Herz-Kreislauf

- Bluthochdruck
- Niederblutdruck
- Herzrhythmusstörungen
- unangenehme Herzgefühle
- Kollapsneigung
- Schwindel
- Ohrensausen

Krankheiten der Atmungsorgane

- Heuschnupfen
- Asthma
- Infektanfälligkeit
- Hals-/ Nasen-/ Ohrenleiden
- Atemnot
- Polypen

Sonstiges:

Krankheiten der Sexualorgane

- Myome
- Zysten
- Endometriose
- PCO
- Zyklusschwankungen
- Regelbeschwerden
- Prostata
- Libidostörungen

Sonstiges:

Krankheiten von Niere/Blase

- Nierenzyste
- Steinbildung
- Reizblase
- häufiges Harnlassen nachts
- häufige Blasenentzündung

Sonstiges:

Allergien/Unverträglichkeiten

Wenn ja welche?



Krankheiten der Verdauungsorgane

- Verstopfung
- Durchfall
- Blähungen
- Sodbrennen
- Druckgefühle
- Gastritis
- Darmpolypen
- Diabetes
- Gallensteine
- Hepatitis
- Nahrungsmittelunverträglichkeiten
welche?

Sonstiges:

Krankheiten des Bewegungsapparates

- Muskelschmerzen
- Rückenschmerzen
- Schulterschmerzen
- Schmerzen im Bereich LWS
- Ischialgie
- Rheuma
- Arthrose
- Gicht

Sonstiges:

Erkrankung der Haut

- Schuppenflechte
- Neurodermitis
- Akne
- Allergie

Sonstiges:

Gibt es familiäre Leiden/Erbkrankheiten?

Wurden bereits Operationen durchgeführt?

Kinderkrankheiten?

Welche Medikamente/Naturarzneien/Vitaminpräparate nehmen Sie derzeit ein?



Gynäkologische Anamnese

Menses: ja
 nein

1. Tag der letzten Periode: _____

1. Mens im Alter von: _____

Zyklusdauer: _____

Ausfluss: _____

Verhütungsmethode: _____

Pille: _____

Zwischen-/Postmenopausenblutung: _____

Allgemeines

Sind Sie Raucher? ja
 nein

Zigaretten täglich: _____

Tägliche Trinkmenge: _____

Impfstatus: _____

Reiseanamnese: _____

Schlaf: _____

Unfälle: _____

Das Beratungshonorar beträgt € 80,- pro Stunde à 60 Minuten. Spätere Beratungen, auch per Telefon oder per E-Mail, werden ebenfalls nach Zeit abgerechnet. Bitte beachten Sie, dass nur private Krankenkassen – je nach Versicherungsvertrag – einen Teil oder ggf. die gesamten Kosten der Behandlung durch Heilpraktiker erstatten – bitte erkundigen Sie sich diesbezüglich bei Ihrer Versicherung.

Bitte halten Sie bei einer Terminabsage eine Frist von 24 Stunden ein, andernfalls behalten wir uns vor, nicht rechtzeitig abgesagte oder nicht wahrgenommene Termine mit einer Pauschale von 60€ in Rechnung zu stellen.

Datenschutz:

- Ja, ich habe die Datenschutzerklärung zur Kenntnis genommen und bin damit einverstanden, dass die von mir angegebenen Daten elektronisch erhoben und gespeichert werden. Meine Daten werden dabei nur streng zweckgebunden zur Bearbeitung und Beantwortung meiner Anfrage benutzt; jede andere Verwendung oder Weitergabe ist ausgeschlossen. Ich kann jederzeit Auskunft über die von mir gespeicherten Daten bekommen.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten