



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
- Nervenschmerzen
- Kopfschmerzen
- Migräne
- Ohrgeräusche
- Schlafstörungen
- Tagesmüdigkeit
- Depressionen/Angstzustände/Panikattacken
- Multiple Sklerose
- Epilepsie
- Suchtkrankheit Nikotin -> Zigaretten täglich:
- Suchtkrankheit Alkohol
- Suchtkrankheit Drogen
- Suchtkrankheit Stimulantien
- Suchtkrankheit Arzneien
- soziale Schwierigkeiten (Beziehung, Familie, Beruf)

Sonstiges:



Schilddrüsenerkrankungen

Wenn ja, welche?

Seit wann?

Medikamente:

Krankheiten von Herz-Kreislauf

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

Sonstiges:

Krankheiten der Atmungsorgane

- Heuschnupfen
- Asthma
- Infektanfälligkeit
- Hals-/ Nasen-/ Ohrenleiden
- Atemnot
- Polypen
- chronische Bronchialerkrankungen
- chronische Nebenhöhlenentzündung

Sonstiges:

Krankheiten der Sexualorgane

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

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
- Zungenbrennen
- Nahrungsmittelunverträglichkeiten
welche?

Sonstiges:

Erkrankung der Haut

- Schuppenflechte
- Neurodermitis
- Akne
- Allergie
- Rötungen
- Juckreiz
- Schwitzen
- Aphten
- Haarausfall

Sonstiges:

Wurden bereits Operationen durchgeführt?

Krankheiten des Bewegungsapparates

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

Sonstiges:

Gibt es familiäre Leiden/Erbkrankheiten?

Kinderkrankheiten?

Wann war der letzte Krankenhausaufenthalt?

Welche Medikamente/Naturarzneien/Vitaminpräparate nehmen Sie derzeit ein?



Gynäkologische Anamnese

Menses:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	1. Tag der letzten Periode: _____
Aktueller Kinderwunsch?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	1. Mens im Alter von: _____
Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Zyklusdauer: _____
Stillen Sie?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Ausfluss: _____
Verhütungsmethode: _____		Pille: _____
Zwischen-/Postmenopausenblutung: _____		

Allgemeines

Tragen Sie: _____	Tägliche Trinkmenge: _____
<input type="checkbox"/> Brille <input type="checkbox"/> Kontaktlinsen <input type="checkbox"/> Hörgerät	Treiben Sie Sport: _____
Reiseanamnese: _____	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja (___ Stunden pro Tag/Woche)
Schlaf: _____	Impfstatus: _____
Unfälle: _____	<input type="checkbox"/> Vollständig <input type="checkbox"/> Unvollständig <input type="checkbox"/> Nicht bekannt
Ernährung: _____	
<input type="checkbox"/> Ausgewogen <input type="checkbox"/> Überwiegend Gesund <input type="checkbox"/> Eher ungesund	<input type="checkbox"/> Vegan <input type="checkbox"/> Vegetarisch

Gibt es noch etwas was wir wissen sollten?



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