



Simone Doll
Heilpraktikerin

Mittelpfad 25a
76351 Linkenheim-Hochstetten

Tel.: 07247-980 915 8
Mobil:0162-16 57 675
hp-simone-doll@web.de
www.hp-simone-doll.jimdo.com

Anamnesebogen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Bitte beantworten Sie nachfolgende Fragen genau, damit ich mir ein genaues Bild von Ihrem Gesundheitszustand machen kann. Um Ihnen unnötige Kosten zu ersparen, bitte ich Sie, mir den Fragebogen rechtzeitig vor Ihrem Termin wieder zukommen zu lassen. Der Fragebogen wird mit Ihnen besprochen und Ihrer Karteikarte hinzugefügt.

Ich möchte Sie darauf aufmerksam machen, dass die gesetzliche Krankenversicherung keine Heilpraktikerkosten übernimmt.

Die privaten Krankenzusatzversicherungen und Beihilfestellen übernehmen die Kosten meist anteilig.

Vor- und Zuname: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____

Mobiltelefon: _____

E-Mail: _____

Erreichbarkeit: _____

Welchen Beruf üben Sie aus? _____

Wer soll im Notfall verständigt werden? Name und Telefonnummer:

Fragen:

Welche Beschwerden haben Sie (Grund Ihres Besuches bei mir)?

Seit wann bestehen die Beschwerden?

Was hat die Beschwerden verursacht? Kennen oder vermuten Sie den Auslöser?

Wann bessert sich Ihr Zustand, wann verschlechtert er sich?

Wie ist der Schmerzcharakter (stechend, krampfartig, ziehend, dumpf...)?

Hatten Sie die Beschwerden früher schon einmal?

Was wurde bisher dagegen unternommen?

Beschwerden am Bewegungsapparat, Beschreibung:

Füße, Sprunggelenke?

Knie?

Hüfte und Becken?

Ischias, Nervenschmerzen?

Lumbalbereich?

Brustwirbelsäule?

Schulter?

Schulterblätter?

Halswirbelsäule?

Beschwerdebereich:

Augen?

Ohren?

Zähne?

Hals?

Haut?

Atmung?

Was erwarten Sie von der Behandlung bzw. dem Therapeuten vordergründig?

Waren Sie innerhalb der letzten 2 Jahre im Krankenhaus, in ärztlicher Behandlung oder beim Heilpraktiker?

Welche Erkrankungen gibt oder gab es in Ihrer Familie?

Waren Sie in letzter Zeit im Ausland?

Welche Medikamente, Nahrungsergänzungsmittel nehmen Sie ein?

Bestehen oder bestanden bei Ihnen folgende Erkrankungen?

Allergien bzw. allergische Reaktionen? Wenn ja welcher Art?

Sind Intoleranzen bekannt (z.B. Laktoseintoleranz, Histaminintoleranz)?

Herzerkrankungen, Herzfehler, Herzoperationen, Herzschrittmacher?

Infektionskrankheiten (z.B. Hepatitis, Aids, Tuberkulose...)?

Kinderkrankheiten?

Impfungen? Wogegen?

Lebererkrankungen?

Gallenbeschwerden?

Hoher oder niedriger Blutdruck?

Schlaganfall?

Nieren-Blasenerkrankungen?

Diabetes mellitus (Zucker)?

Andere Stoffwechselerkrankungen (z.B. Fettstoffwechsel)?

Magen-Darmerkrankungen?

Schilddrüsenerkrankungen?

Rheumatismus, rheumatisches Fieber?

Lungenerkrankungen z.B. Asthma, COPD?

Bluterkrankungen (z.B. Anämie) oder Gerinnungsstörungen?

Bekannter Mangel (z.B. Eisenmangel) auch früher

Nervenerkrankungen?

Anfallsleiden (z.B. Epilepsie)?

Sonstige Erkrankungen oder Beschwerden?

Rauchen Sie? Wie viel?

Sind sie operiert worden, wenn ja wann und wo?

Was essen Sie am liebsten?

Was essen Sie nicht gerne?

Was trinken Sie und wie viel?

Wie viel davon ist Wasser?

Haben Sie besondere Ess- oder Trinkgewohnheiten?

Wie ist Ihr Schlaf? Wachen Sie oft zur gleichen Zeit auf? Um wie viel Uhr?

Haben Sie Kribbelgefühle oder unruhige Beine?

Wie oft haben Sie Stuhlgang?

Ist der Stuhlgang immer gleich oder wechselt die Farbe und Konsistenz?

Sind Sie in Ihrem Umfeld glücklich?

Würden Sie gerne etwas ändern wenn Sie könnten?

Was haben Sie für Ängste?

Leiden Sie unter Depressiver Verstimmung?

Letzte Regelblutung:

Schwangerschaften:

Sind sie schwanger?

Ist Ihnen irgend etwas Ungewöhnliches an sich aufgefallen?

Wenn Sie einen einzigen Wunsch frei hätten, was würden Sie sich wünschen?

Habe ich vergessen etwas zu fragen?

Wollen Sie mir noch etwas wichtiges mitteilen?

Mit meiner Unterschrift stimme ich der Behandlung durch Frau Heilpraktikerin Simone Doll zu.

Ich wurde über Risiken, Nebenwirkungen und Kontraindikationen der in Frage kommenden Therapieformen informiert und habe alle Fragen wahrheitsgemäß beantwortet.

Das vereinbarte Honorar beträgt 85€/Stunde, zuzüglich verabreichter Medikamente. Der Einsatz von Geräten wird mit dem 1,5 fachen Satz berechnet. Die Abrechnung erfolgt wahlweise nach GebüH oder als Gesamtrechnung der Behandlung zuzüglich verabreichter Medikamente

Telefongespräche und Schriftwechsel jeglicher Art, werden entsprechend des Zeitaufwandes, nach vereinbartem Stundensatz in Rechnung gestellt.

Datum:

Unterschrift Patient /
Erziehungsberechtigter:

Ich danke Ihnen für Ihr Vertrauen.