

Anamnesebogen für Erwachsene

Name	Vorname
Geburtstag	Geburtszeit
Geburtsort	KV
PLZ/Ort	Straße/Nr.
Tel. privat	Tel.geschäftl.
Tel. mobil	e-mail

Liebe Patientin, lieber Patient,

bitte nehmen Sie sich genug Zeit zum Durcharbeiten und Ausfüllen dieses Fragebogens. Bei den Beispielen genügt es zu unterstreichen; Sie können jedoch auch gerne ergänzende Worte zum Krankheitsverlauf oder zur Krankengeschichte aufschreiben. Für eine homöopathische Anamnese sind alle Einflüsse von Bedeutung, z.B. was bessert sich, was verschlechtert sich, wann erstmalig aufgetreten usw. Auch wenn etwas für Sie noch so unwichtig erscheint, erwähnen Sie es bitte.

Gerade die ungewöhnlichen Symptome und Zeichen führen häufig zum passenden Homöopathischen Mittel. Ich unterliege als Heilpraktiker der ärztlichen Schweigepflicht.

Bitte bringen Sie folgende Dinge mit:

- Alle ärztlichen und zahnärztlichen Befunde (sofern sie nicht älter als 12 Monate sind)
- Impfpass
- Diesen ausgefüllten Anamnesebogen
- Beipackzettel der Medikamente, die Sie zur Zeit einnehmen
- Ein Foto

Unter welchen Beschwerden leiden Sie? (z.B. auch wo sind die Beschwerden, seit wann, wie, zu welcher Zeit treten sie auf, wodurch bessert oder verschlechtern diese sich)

Was war unmittelbar vor dem ersten Auftreten der jetzigen Beschwerden? (z.B. eine Erkrankung, Kummer, Trauer, Schock, Ärger, Sorgen, Unfall, usw.)

Nehmen Sie zur Zeit Medikamente oder Nahrungsergänzungsmittel ein? Welche? (Bitte bringen Sie die Beipackzettel mit) _____

Haben Sie im letzten Jahr Antibiotika oder/und Cortison eingenommen? (Wenn ja, warum?) _____

Welche Krankheiten sind in Ihrer Familie bekannt? (z.B. Gefäßkrankheiten, Allergien, Krebs, Übergewicht, Zuckerkrankheiten, Geisteskrankheiten, Tuberkulose, Hautkrankheiten, Gicht, usw.) _____

Welche Impfungen haben Sie bekommen? (Bringen Sie bitte Ihren Impfpass mit)

Hat es Reaktionen auf die Impfungen gegeben? (z.B. Fieber, Hautveränderungen, Magen-Darm-Beschwerden, Unruhe, Schlaflosigkeit, Verhaltensveränderungen, usw.)

Welche Infektionskrankheiten haben Sie durchgemacht? (z.B. Masern, Mumps, Röteln, Keuchhusten, Scharlach, Windpocken, Tropenkrankheiten, Tuberkulose, Geschlechtskrankheiten, usw.) _____

Leiden Sie unter Allergien? (Wenn ja, welche?)

Kopf (z.B. Kopfschmerzen, Schwindel, Benommenheit, usw.)

Augen (z.B. Rötungen, Juckreiz, Brennen, Lichtempfindlichkeit, Kurzsichtigkeit, Weitsichtigkeit, usw.)

Nase (Trockenheit, Niesreiz, Schnupfen, usw.)

Ohren (z.B. Mittelohrentzündung, Schwerhörigkeit, Tinnitus, usw.)

Mund (z.B. Geschmack, Trockenheit, Speichelfluss, Aphten, usw.)

Zähne (z.B. Zahnbeschwerden, Amalganfüllungen, tote Zähne, Kunststoffe, Gold, Keramik, usw.)

Hals (z.B. Mandelentzündung, Mandel-OP, usw.)

Schilddrüse (z.B. Überfunktion, Unterfunktion, Druck-/Kloßgefühl, usw.)

Lunge (z.B. häufiges Husten, Bronchitis, Schmerzen, Auswurf, Asthma, usw.)

Herz (z.B. Druckgefühl, Stechen, Brennen, Beklemmungen, Infarkt, Angina pectoris, usw.)

Leber – Galle (z.B. Druck/Völlegefühl im rechten Oberbauch, Gallensteine, Gallenblasenentzündung, Hepatitis, Fettverträglichkeit, usw.)

Bewegungsapparat (z.B. Stechen, Ziehen, Steifigkeit, Kribbeln, Taubheitsgefühl, Krämpfe, kalte Hände/Füße, Gelenkbeschwerden, Krampfadern, Venenentzündungen, Durchblutungsstörungen, Rheuma, usw.)

Rücken (z.B. Hexenschuss, Ischias, Verspannungen, Wirbelsäulenveränderungen, usw.)

Magen-Darm-Trakt (z.B. Aufstoßen, Sodbrennen, Übelkeit, Erbrechen, Appetitlosigkeit, Blähungen, Koliken, Verstopfungen, Durchfall, Hämorrhoiden, usw.)

Stuhlgang (z.B. wie oft, hell, dunkel, fettig, breiig, pastenartig, blutig, übelriechend, geformt, knollig, hart, trocken, dünn, bleistiftdünn, wässrig, schmerzhaft, usw.)

Urogenitaltrakt (z.B. Stechen, Brennen, Juckreiz, Schmerzen, Entzündungen, usw.)
Urin (wenig/viel/oft/Geruch/Farbe, usw.)

Gynäkologie (z.B. Ausfluss, Eierstockentzündung, Zysten, Myom, Condylome, Geschlechtskrankheiten, Tumore, Operationen, Fehlgeburten, Ausschabungen, Wechseljahresbeschwerden, usw.)

Menses (z.B. stark, schwach, kurz, lang, hell, dunkel, braun, klumpig, schmerzhaft vor oder während der Menstruation, Abstand der Regelblutungen)

Wie verhüten Sie?

Sexualität (z.B. vermindert, verstärkt, unbefriedigt, Beschwerden beim Verkehr, usw.)

Prostata (z.B. Vergrößerung, Beschwerden beim Wasserlassen, Brennen, „Nachträufeln“, Entzündungen, usw.)

Haut (z.B. trocken, fettig, Rötungen, Brennen, Juckreiz, Akne, Ekzeme, Herpes, Warzen, Allergien, Neurodermitis, Narben, Pilze, Geschwüre, usw.)

Haare (z.B. Haarwuchs schnell/langsam, Haarausfall, usw.)

Nägel (z.B. fleckig, spröde, Rillen, usw.)

Schlaf (z.B. Schlaflosigkeit, häufiges Erwachen, Schwierigkeiten beim Einschlafen, Sprechen im Schlaf, Alpträume, Zähneknirschen, Nachtschweiß, usw.)

Schlaflage (z.B. Bauch, Rücken, links, rechts, sitzend, kniend, zusammengerollt, Hände über dem Kopf, usw.)

Appetit (z.B. keinen, wenig, viel, Heißhunger, usw.)

Nahrungsmittelverlangen (z.B. nach Süßem, Saurem, Salzigem, Fett, Getränke, Lebensmittel, usw.)

Durst (z.B. keinen, viel, wenig, auf Kaltes, auf Heißes, usw.)

Trinken Sie Alkohol? Nehmen Sie Drogen? Wie viel? Wie oft?

Rauchen Sie? Wenn ja, wie viel?

Geschmack (z.B. süß, sauer, salzig, fade, bitter, metallisch, usw.)

Schweiß (z.B. kalt, warm, Geruch, bestimmte Körperstellen, Auslöser, usw.)

Temperaturempfinden (z.B. frostig, kalt, warm, hitzig, usw.)

Stimmung (z.B. ausgeglichen, fröhlich, exaltiert, traurig, weinerlich, depressiv, usw.)

Temperament (z.B. mutig, zurückhaltend, lebhaft, nervös, usw.)

Geselligkeit (z.B. einsam, gesellig, usw.)

Eigentümliches, Tics, Schimpfwörter, Redensarten (z. B. Mit den Füßen wackeln, in den Haaren spielen, Fluchen, Nägelbeißen, „Wie du mir, so ich dir“, „Reden ist Silber, Schweigen ist Gold“)

Wie sind Sie auf mich aufmerksam geworden?

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit und das mir entgegen gebrachte Vertrauen!

Bitte lesen Sie sich den auf der nächsten Seite dargestellten Patientenvertrag durch und schicken Sie ihn unterschrieben an meine Praxisadresse.

Stellen Sie beim Drucken dieses PDF's die Farbeinstellungen ihres Druckers auf „in Graustufen drucken“, das spart Farbe;)

Patientenvertrag

Liebe Patientin, lieber Patient,

vielen Dank, dass Sie mir Ihr Vertrauen schenken und sich zur Behandlung an meine Praxis gewendet haben. Ich werde stets bemüht sein, Ihren Wünschen und Bedürfnissen nachzukommen und freue mich auf eine gute Zusammenarbeit.

Vorab noch einige Informationen:

In meiner Praxis werden Termine nach dem Bestellsystem vergeben. Da ich mir für Sie genügend Zeit lassen will, sind Ihre Termine ausschließlich für Sie reserviert. Deshalb ist ein Termin bei Verhinderung spätestens 24 Stunden zuvor telefonisch abzusagen.

Andernfalls erlaube ich mir, Ihnen das Behandlungshonorar in Rechnung zu stellen.

Um die Behandlungskosten nicht unnötig durch ein aufwendiges Rechnungs- und Mahnwesen zu verteuern, bitten wir an jedem Behandlungstag um Barzahlung.

Sie erhalten selbstverständlich jederzeit eine Rechnung zur Abrechnung mit Ihrer privaten Krankenversicherung, Beihilfestelle bzw. zur Vorlage beim Finanzamt.

Wir weisen Sie hiermit darauf hin, dass einige meiner Diagnose- und Behandlungsmethoden nicht Bestandteil der leider stark veralteten Gebührenordnung für Heilpraktiker sind, dennoch erklären Sie sich bereit, mein Honorar zu bezahlen, unabhängig von der vollständigen Erstattung durch Ihre Versicherung oder Beihilfe.

Bitte sehen Sie dies als sinnvolle Investition in Ihre Gesundheit.

Selbstverständlich unterliege ich als Therapeut der Schweigepflicht.

Bitte **senden Sie mir diesen Behandlungsvertrag 7 Tage vor dem Neuaufnahme- bzw. Behandlungstermin**, per E-mail oder Post, in meine Praxis.

Erst wenn wir die Vereinbarung erhalten haben, ist der Termin für uns verbindlich.

Wir bitten um Ihr Verständnis.

Diese Informationen habe ich gelesen und bin damit einverstanden:

Termin am	Name
Geb.	Vorname
Adresse	Tel
Email	Versicherung

Datum und Unterschrift _____