

# Anamnese – Fragebogen



Naturheilpraxis

Name	_____	Geburtstag	_____
Vorname	_____	Tel. privat	_____
Straße	_____	Tel. Beruf	_____
PLZ – Ort	_____	FAX	_____
Beruf	_____	E-Mail	_____
Wer hat uns empfohlen?	_____	Familienstand/Kinder	_____

Versicherung:  Gesetzlich (AOK, DAK usw.)  Beihilfe/Post  Privat-Versicherung  Zusatzversicherung für Heilpraktiker bei:

## Was ist Ihr Wunsch an uns, was ist Ihr Ziel?

## Was war unmittelbar vor dem ersten Auftreten Ihrer jetzigen Beschwerden?

z.B. eine Erkrankung, Kummer, Trauer, Schreck, Operation, Hautausschläge, Medikamente, usw.

## Welche Krankheiten sind Ihnen in Ihrer Familie bekannt? Eltern, Großeltern, Urgroßeltern, Geschwister.

z.B. Krebs, Tuberkulose, Geisteskrankheiten, Geschlechtskrankheiten, Selbstmord, Herzkrankheiten, Gefäßkrankheiten, Schlaganfall, Asthma, Zuckerkrankheit, Rheuma, Nierensteine, Gallensteine, Multiple Sklerose, Gicht, Allergien, Schuppenflechte, Neurodermitis, Migräne.

## Welche Auffrisch-Impfungen haben Sie bekommen?

z.B. Tuberkulose (BCG), Polio (Kinderlähmung), Diphtherie, Tetanus, Hepatitis, Cholera, Gelbfieber, Pocken, Grippe, Zecken, usw.

## Gab es Reaktionen auf Impfungen?

z. B. Fieber, Krämpfe, Unruhe, Schlaflosigkeit, Verhaltensveränderungen.

## Welche Infektionskrankheiten haben Sie durchgemacht?

Masern, Mumps, Röteln, Keuchhusten, Windpocken, Scharlach, Tetanus, Kinderlähmung (Polio), Malaria, Salmonellose, Ruhr, Pfeiffersches Drüsenfieber, Gonorrhöe (Tripper), Syphilis, Tropenkrankheiten, Tuberkulose, usw.

## Gibt es Allergien?

Pollen / wann .....

Nahrungsmittel .....

## Kopf

---

### Leiden Sie unter Kopfschmerzen? Falls ja,

häufig, selten, Stirn-Augen-Schlafen-Hinterhauptregion, morgens, abends  
halbseitig - links - rechts - doppelseitig –

## Haare

Haarausfall, kreisrunder, vereinzelter, seit wann.....

**Augen** Bindehautentzündung, kurzsichtig, weitsichtig, Grauer Star, Macula-Degeneration usw.  
**Ohren** links / rechts .....Tinnitus seit ..... Schwerhörigkeit seit ....., andere.....

**Zähne/ Kiefer** Wurden bei Ihnen Amalgamfüllungen entfernt?  Ja  Nein  
Wurde eine Amalgamausleitung durchgeführt?  Ja  Nein

**Zahnfüllmaterialien**  Amalgam  Kunststoff  Gold  Keramik

**Nase** Operationen, Nasennebenhöhlenentzündungen, behinderte Nasenatmung, Nase verstopft

**Mandeln** Operation, häufig Mandelentzündungen als Kind / heute

**Schilddrüse** Überfunktion, Unterfunktion, Vergrößerung, Operation

### **Brust und Bauch**

**Herz** Beschwerden, Stechen, Druckgefühl, Infarkt, Beklemmung, Rhythmusstörungen

**Lunge** Bronchitis, häufig Husten

**Leber** Entzündung – Hepatitis

**Galle** Steine, Koliken, Operation, Druck im Oberbauch, Fettunverträglichkeit

**Magen** Völlegefühl, Gastritis, Appetitlosigkeit, Nahrungsmittelallergien.....

**Darm** Infektionen, Hämorrhoiden, Blinddarmoperation, Blähungen - Geruch.....

**Stuhlgang** täglich, jeden 2.3.4. Tag, unregelmäßig, Neigung zur Verstopfung, Neigung zum Durchfall,  
**Konsistenz: schnittfest** Stuhl hell, dunkel, übel riechend, hart, knollig, weich, schmierig,  
pastenartig, kann Stuhl nicht halten, Gefühl, nicht fertig zu werden, Stuhlgang wechselhaft usw.

### **Rücken – Arme – Beine – Haut**

---

**Arme** Verletzungen, Schmerzen, Tennisellenbogen, Kribbeln, kalte Hände usw.

**Beine** Verletzungen, Schmerzen, Krampfadern, Operationen, Verletzungen,  
kalte Füße, Kribbeln, Taubheitsgefühl

**Rücken** Beweglichkeit, Verspannungen, Belastungen, Rheuma

**Haut/Nägel** Verbrennungen, Geschwüre, Hautjucken, Warzen, Pilze,  
eingewachsene Nägel, Nagelbettentzündungen

**Narben** **Haben Sie durch Operationen oder Verletzungen Narben?**  
 Ja – bitte unbedingt beim Besuch zeigen – auch kleine  
 Nein

### **Unterleib – Gynäkologie**

---

**Gynäkologie** Ausfluss - Eierstockentzündungen, Ausschabungen, Fehlgeburten,  
Tumore, Zysten, Myome, Geschlechtskrankheiten usw.

**Menses** Wann war die erste Menses..... wann die letzte.....

Beschwerden vor - nach - während der Regel - welche .....

Klimakterische Beschwerden.....

**Nehmen Sie Verhütungsmittel? Welche .....**



**Schmerzbehandlung bisher, wie?** .....

**Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit ein?** Bitte Beipackzettel oder Medikament mitbringen. Auch Nahrungsergänzungsmittel angeben.

### **Chronologie der Krankengeschichte**

Bitte erfassen Sie alle bisherigen Erkrankungen und Operationen, die Sie durchgemacht haben.

## **Wichtig**

### **Zum Thema Abrechnung:**

Ich möchte Sie darüber informieren, dass Sie unmittelbar zahlungspflichtiger Vertragspartner mit mir sind.

Sind Sie gesetzlich versichert, informieren Sie sich bitte über die Selbstzahlerpreise. Fragen Sie evtl. bei Ihrer Versicherung nach, ob Sie eine Zusatzversicherung abschließen können, die die Kosten für Heilpraktiker ganz, oder anteilig übernimmt.

Sind Sie privat, oder Zusatzversichert, erhalten Sie eine Rechnung laut GebüH (Gebührenordnung für Heilpraktiker)

Anmerkung: ich arbeite in meiner Praxis diagnostisch und therapeutisch konzeptorientiert zum Wohl Ihrer Gesundheit. Die Kombination der Maßnahmen basiert auf langjähriger Erfahrung und wird Ihren Beschwerden individuell angepasst. Einige private Krankenkassen haben hierzu eigene Richtlinien, die dazu führen, dass nicht alle Leistungen übernommen werden. Ich behalte mir vor an einem Tag zu untersuchen und zu beraten und zu behandeln.

Für eine vollständige Erstattung meiner Leistungen durch Ihre Krankenversicherung kann ich leider nicht garantieren.

### **Bezüglich Terminvereinbarung:**

Ich möchte darauf hinweisen, dass Terminabsagen 24 Stunden vor Ihrem mit mir vereinbarten Termin nicht berechnet werden. In allen anderen Fällen bin ich nach BGB/§252 berechtigt, die Praxisausfallkosten (Behandlungsgebühr) in Rechnung zu stellen.

Ihre Carmen Sindelar

Bitte unterzeichnen Sie Ihre Kenntnisnahme, die Richtigkeit Ihrer gemachten Angaben und Ihr Einverständnis zu obigen Angaben.

Patientennahme in Druckbuchstaben: \_\_\_\_\_

Kaarst, den \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_