



Carmen Sindelar

Heilpraktikerin
Ludwig-Erhard-Str. 2
41564 Kaarst

FON 02131-603122

FAX 02131-204390

MAIL info@carmedica.de

ANAMNESE-FRAGEBOGEN

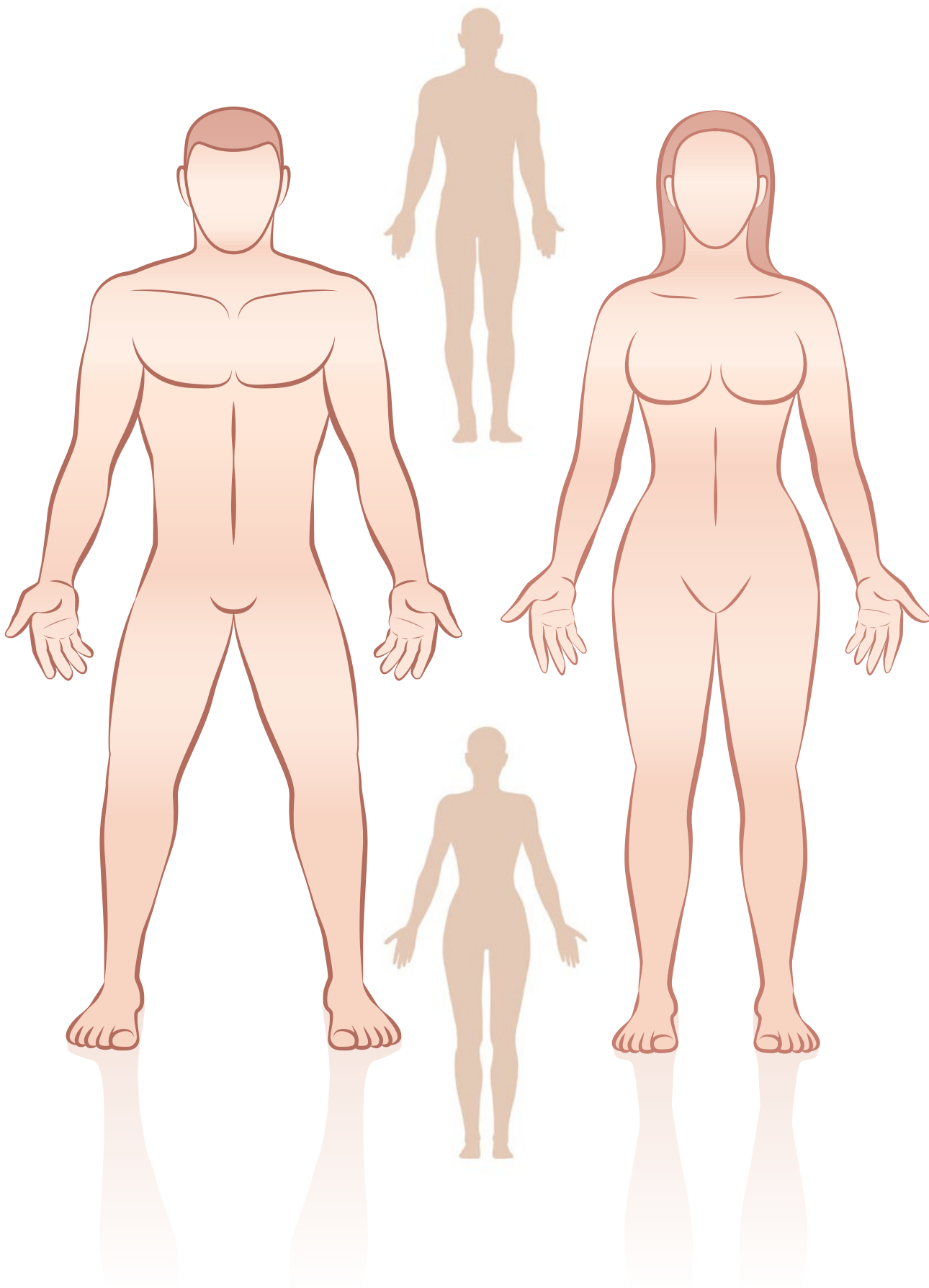
Füllen Sie den Fragebogen genau aus und bringen ihn zum ersten Termin mit. Bei den Beispielen genügt es anzukreuzen, sofern diese zutreffen oder mit eigenen Worten beantworten. Bitte nehmen Sie sich genug Zeit.

Vorname	Name	
Straße		Nr.
PLZ	Ort	
Telefon	Geburtstag	
Mobil	Geburtsort	
E-Mail	Körpergröße	Gewicht
Beruf		

AKUTE BESCHWERDEN

An welchen Körperstellen haben Sie akute Schmerzen?

Einfach intuitiv markieren.



AKUTE BESCHWERDEN

Unter welchen akuten Beschwerden leiden Sie und seit wann?

Ordnen Sie die Beschwerden nach ihrer Wichtigkeit.

1.	seit
2.	seit
3.	seit
4.	seit
5.	seit
6.	seit
7.	seit
8.	seit

Was war unmittelbar vor dem ersten Auftreten Ihrer jetzigen Beschwerden?

- Eine Erkrankung Kummer
 Trauer Schreck
 Operationen Hautausschläge
 andere:

Welche Behandlungen haben Sie gegen die Beschwerden bereits bekommen?

Welche Medikamente/Nahrungsergänzungsmittel nehmen Sie zur Zeit ein?

Welche Ärzte, Kliniken, Heilpraktiker haben Sie bislang aufgesucht und wie war der Erfolg?

Was erwarten Sie von meiner Behandlung?

ALLGEMEINE SYMPTOME

- Mangelnde Konzentration
- Ich bin müde und erschöpft
- Ich bin verstärkt reizbar

Ich habe:

- Ängste
- Schuldgefühle
- Konflikte

- Ich schwitze sehr schnell
 - Ich schwitze in der Nacht
- An welchem Körperteil?

- kalter Schweiß
- warmer Schweiß

- Ich friere sehr schnell
- kalte Hände kalte Füße

Wie belastbar und leistungsfähig fühlen Sie sich?

- sehr belastbar
- mäßig belastbar
- gar nicht belastbar

KOPF

Leiden Sie unter Kopfschmerzen?

- häufig selten nie
- Stirn Augen Schläfen
- Hinterhauptregion
- morgens abends
- halbseitig doppelseitig
- links rechts
- wandernd von links nach rechts
- wandernd von rechts nach links

Auslöser der Kopfschmerzen:

Was verbessert:

Was verschlechtert:

Leiden Sie unter Haarausfall?

ja, seit:

- kreisrunder Haarausfall
- vereinzelter Haarausfall

Augen

- Bindehautentzündung
- kurzsichtig weitsichtig
- sonstige Beschwerden
- Brille seit:

Ohren

Schmerzen:

- links rechts beidseitig
- Mittelohrentzündung
- Schwerhörig
- Ohrengeräusche
- Ohrendruck

Nase

- Operationen Heuschnupfen
 - Nasennebenhöhlenentzündungen
 - behinderte Nasenatmung
 - Nase verstopft
- Absonderungen:
- wässrig schleimig
 - eitrig grünlich
 - Allergien auf:

Mandeln

- Operation
- häufig Mandelentzündung
- als Kind heute

Schilddrüse

- Überfunktion Unterfunktion
- Vergrößerung Operation

ZÄHNE/KIEFER

Zahnerkrankungen und Zahnwerkstoffe können sich auf die Gesundheit des gesamten Körpers auswirken.

- Erschwerter Durchbruch der Weisheitszähne
- Wurzelbehandelte Zähne
- Tote Zähne

Empfindliche Zähne auf:

- heiß kalt:
- Parodontose/Paradontitis

Wurden bei Ihnen

Amalgamfüllungen entfernt?

- Ja Nein

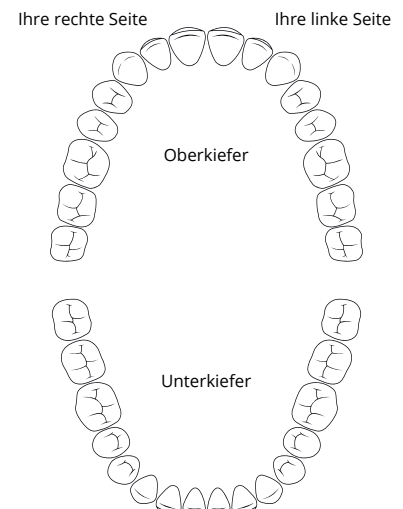
Zahnfüllmaterialien:

- Amalgam Gold
- Titan Kunststoff
- Keramik Palladium
- Implantate

Kiefergelenke:

- Schmerzen
- Geräusche beim Kauen
- Blockade
- Zähneknirschen

Bitte markieren Sie behandelte oder erkrankte Zähne oder Zahnfleisch.



KÖRPER UND ORGANFUNKTIONEN

Brustdrüse

- Beschwerden
- Operationen

Herz

- Beschwerden
- Stechen
- Druckgefühl
- Infarkt
- Beklemmung
- Rythmusstörungen

Lunge

- Bronchitis
- häufig Husten
- Atemnot

Leber

- Entzündungen
- Hepatitis

Galle

- Steine
- Koliken
- Operation
- Druck im Oberbauch
- Fettunverträglichkeit

Magen

- Völlegefühl
- Gastritis
- Appetitlosigkeit
- Sodbrennen

Rücken

- Schmerzen
- Hexenschuss
- Ischias
- Skoliose
- Verspannungen
- Myokylosen

Niere/Blase

- Nierensteine,
- Entzündungen
- häufig:

Harn

- viel
- wenig
- häufig
- kann nicht halten
- Geruch nach:

Darm

- Infektionen
- Hämorrhoiden
- Blinddarmoperation
- Blähungen
- Reizdarm
- chr. Darmerkrankungen
- Polypen
- Divertikel
- Verwachsungen

Stuhlgang

- täglich
- jeden 2.Tag
- unregelmäßig
- riecht nach:

- Neigung zur Verstopfung
- Neigung zum Durchfall

Konsistenz des Stuhls:

- hell
- dunkel
- übelriechend
- hart
- knollig
- weich
- schmierig
- pastenartig

- kann Stuhl nicht halten
- Gefühl nicht fertig zu werden

Arme

- Verletzungen
- Schmerzen
- Tennisellenbogen
- Kribbeln
- kalte Hände

Beine

- Schmerzen
- Krampfadern
- Operationen
- Verletzungen
- kalte Füße
- Kribbeln
- Taubheitsgefühl

Rücken

- Beweglichkeit
- Verspannungen
- Belastungen
- Rheuma

Haut/Nägel

- Verbrennungen
- Narben
- Geschwüre
- Hautjucken
- Warzen
- Pilze
- eingewachsene Nägel
- Nagelbettentzündungen
- Allergien auf:

GYNÄKOLOGISCHER/UROLOGISCHER BEFUND

Sexualität vermindert verstärkt unbefriedigt Beschwerden beim Geschlechtsverkehr

FRAU

Ausfluß:

- keinen stark
- weiß gelb
- wundmachend
- färbt die Wäsche

- Schmerzen
- Eierstockentzündungen
- Ausschabungen
- Fehlgeburten
- Geburten / wieviele:

- Abtreibungen
- Tumore
- Zysten
- Myome
- Geschlechtskrankheiten
- Sterilisation

- Blutungen sind:
- hell dunkel
 - klumpig
 - braun
 - regelmäßig
 - unregelmäßig

Verhütungsmaßnahmen:

- Antibabypille
- Spirale
- Hormonspritze

Wann war die erste Menses?

Wann die letzte?

MANN

- Prostata
- vergrößert
 - Entzündungen
 - Beschwerden beim Wasserlassen
 - Geschlechtskrankheiten

- Urologisch
- Sterilisation
 - Erektionsprobleme

LEBENSWEISE

Treiben Sie regelmäßig Sport?

- ja nein

Ist ihr Schlaf und ihr Arbeitsplatz baubiologisch untersucht worden? (Elektrosmog, Geopathie, Umwelttoxine)

- ja nein

Wie ist ihre Wohnung beschaffen?

- Funkmasten in der Nähe
 Überlandleitung/Bahnstrom in der Nähe
 Bäche, Flüsse in der Nähe
 Schimmelpilzbelastung
 Antiquitäten / Holzschutzmittel
 Teppichböden
 Mikrowelle
 Ledermöbel

Wie ist ihr Schlafplatz eingerichtet?

- schnurlose Telefone/Internet
 elektrische Geräte standby
 Wasserbett
 eingebauter elektrischer Motor

Wie ist ihr Schlaf?

- Schlaflosigkeit
 häufiges Erwachen,
 um wieviel Uhr:

- nächtliches Wasserlassen. Wie oft:

- Schwierigkeiten beim Einschlafen
 Unruhe in den Beinen
 Sprechen im Schlaf
 Nachtschweiß
 heiße Füße
 Zähneknirschen
 Lebhaftige Träume
 Wieviel Liter trinken Sie täglich?
 unter 500ml unter 1 Liter
 ca. 1-2 Liter über 2 Liter

Was trinken Sie?

- Wasser ohne Kohlensäure
 Wasser mit Kohlensäure
 Fruchtsäfte
 Softdrinks
 Kaffee Tee Milch
 Bier Wein

Welche Nahrungsmittel essen Sie wie häufig?

	nie	selten	1x pro Tag	mehrmals täglich
Milchprodukte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Süßigkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weißmehlprodukte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kuchen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zucker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fleisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gemüse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Obst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nüsse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Auf welche Lebensmittel können Sie nur schwer verzichten?

Nahrungsmittel-Allergien auf:

Leben Sie nach bestimmten Ernährungsrichtlinien?

- ja nein
wenn ja welche:

Wurden Sie gestillt?

- ja nein

War ihre Geburt eine natürliche?

- ja nein

Sind Sie bereit, Ihre Ernährungsgewohnheiten mit unserer Hilfe zu verbessern?

- ja nein

Datum

Unterschrift

KRANKHEITSGESCHICHTE

Chronologische Krankengeschichte:

Bitte erfassen Sie alle bisherigen Erkrankungen und Operationen, die Sie durchgemacht haben möglichst von Kindheit an:

Welche Infektionskrankheiten haben Sie durchgemacht?

- Masern
- Mumps
- Röteln
- Keuchhusten
- Windpocken
- Scharlach
- Tetanus
- Kinderlähmung
- Malaria
- Salmonellose
- Ruhr
- Siphilis
- Pfeiffersches Drüsenfieber
- Gonorrhoe (Tripper)
- Tropenkrankheiten
- Tuberkulose

Wurden diese Erkrankungen oder andere schon einmal mit Antibiotika behandelt?

- ja nein

Falls ja, welche wurden eingesetzt?

Haben Sie Narben von Operationen?

- ja nein

Leiden Sie oft unter Erkältungskrankheiten?

- ja nein

Welche Krankheiten sind in Ihrer Familie bekannt?

- Krebs
- Tuberkulose
- Geisteskrankheiten
- Geschlechtskrankheiten
- Epilepsie
- Herzkrankheiten
- Gefäßerkrankungen
- Schlaganfall
- Asthma
- Zuckerkrankheit
- Rheumatismus
- Steinkrankheiten
- Multiple Sklerose
- Gicht
- Allergien
- Schuppenflechte
- Neurodermitis
- andere:

Welche Impfungen haben Sie bekommen?

- Tuberkulose (BCG)
- Röteln
- Polio (Kinderlähmung)
- Cholera
- Diphtherie
- Gelbfieber
- Tetanus
- Hepatitis
- HIB
- Pocken
- Keuchhusten
- Grippe
- Masern
- Mumps
- andere:

Gab es Reaktionen auf Impfungen?

- Fieber
- Krämpfe
- Unruhe
- Schlaflosigkeit
- Verhaltensveränderungen

WICHTIGE INFORMATION

Liebe Patientin, lieber Patient,

ich arbeite in meiner Praxis diagnostisch und therapeutisch zum Wohl Ihrer Gesundheit. Die Kombination der Maßnahmen basiert auf langjähriger Erfahrung und wird Ihren Beschwerden individuell angepasst.

Einige Krankenversicherungen haben hierzu eigene Richtlinien, die dazu führen, dass nicht alle Leistungen übernommen werden. Sie wurden darauf hingewiesen, dass Sie die mit dieser Behandlung entstehenden Kosten möglicherweise selbst tragen müssen und eine Erstattung seitens der Krankenkasse nicht immer vollständig gewährleistet ist.

Eine Nicht- oder Teilerstattung hat keinen Einfluss auf die Honorarforderung.

Sie wurden darüber informiert, dass auch Beratungen per Telefon und E-Mail sowie Fahrtkosten bei Hausbesuchen, abgerechnet werden.

Das Kostenerstattungsverfahren mit einem möglichen Kostenträger leiten Sie selber ein. Über die entstehenden Behandlungskosten und Abrechnungsmodalitäten wurden Sie eingehend aufgeklärt und sind damit einverstanden.

- Sie wünschen eine Abrechnung nach/analog GeBüH (Gebührenordnung für Heilpraktiker) und eine spezifizierte Rechnung.
- Sie wünschen eine pauschale Abrechnung (15,- € je angefangener Viertelstunde) inkl. Beleg zur Vorlage beim Finanzamt. Das Honorar entrichten Sie nach jeder Behandlung in bar.

Fest vereinbarte Behandlungstermine sind verbindlich!

Im Falle einer Vereinbarung können Termine bis 24 Stunden vorher ohne Zahlungsverpflichtung von Ihnen abgesagt werden. Für Montagstermine gilt der Freitag als letzte Absagemöglichkeit. Andernfalls erstatten Sie nach BGB §252 eine Ausfallhonorargebühr in Höhe der veranschlagten Behandlungskosten abzgl. Material.

Die vorgenannte Zahlungsverpflichtung tritt nicht ein, wenn Sie ohne Ihr Verschulden (Unfall, höhere Gewalt) verhindert sind und einvernehmlich ein Ausweichtermin abgesprochen werden kann.

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Kenntnisnahme und mein Einverständnis zu den oben genannten Vereinbarungen.

Datum

Unterschrift