

Anamnesebogen

Datum: _____

Vorname: _____ Nachname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße: _____ PLZ/Wohnort: _____

Telefonisch erreichbar: _____ Email: _____

PKV () _____ GKV () _____ Zusatzversicherung HP ()

Größe: _____ Gewicht: _____

Beruf: _____ Schichtbetrieb (ja) (nein)

Fernreisen in den letzten 12 Monaten: _____

jetzige Beschwerden ?

Ab wann ? _____

Gibt es Nebenbeschwerden ? _____

Welche Fachärzte oder auch HP haben Sie, wann aufgesucht

? _____

—

Diagnose ? _____

Welche Untersuchungen wurde gemacht (z.B. Röntgen, MRT, Labor; EEG, EKG, Magen/Darm-
spiegelung etc.) ? _____

Welche Therapieverfahren wurde bereits angewandt, und mit welchem Erfolg ?

Nehmen Sie Medikamente (ja) (nein) wofür

Welche Krankheiten / Unfälle hatten Sie als Kind / Jugendlicher ?

Operationen (wann und warum) ?

Allergien / Unverträglichkeiten: _____

weibliche Geschlechtsorgane

Menstruation, Dauer (wann letztmalig) ? _____ Pille (ja, seit wann) _____

Menopause seit wann ? _____ Beschwerden (ja) (nein)

Besteht Schwangerschaft: _____

Geburten: Anzahl _____ natürlich () oder Kaiserschnitt ()

Männliche Geschlechtsorgane

Prostata (Vergrößerung / Tumor) _____

Depression: _____

Stoffwechselerkrankung:

Diabetes (seit wann , welche Art , Medikamente etc.) _____

Gicht _____

Fettstoffwechselstörung (Cholesterin, Triglyceride, LDL) _____

Schlaf: _____

Schweißneigung: _____ Nachtschweiß (ja) (nein)

Ernährung:

Wie und was trinken Sie am Tag _____

Alkohol _____

Raucher / Nichtraucher ?

Sportliche Aktivitäten: _____

Erkrankungen in der Familie:

Welche Krankheiten in Ihrer Familie (Eltern, Großeltern) sind Ihnen bekannt ?

Wer _____

z.B. TBC; Übergewicht, Schlaganfall; Herzinfarkt, Allergien, Bluthochdruck, Krebsleiden, Diabetes, Schilddrüsenerkrankung etc. ?

Die Abrechnung erfolgt auf Grundlage des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebüH). Die (teilweise) Rückerstattung durch private Krankenkassen, Zusatzversicherungen und/oder durch Beihilfe sind möglich, sofern auch Heilpraktikerleistungen in Ihrem gewählten Tarif abgedeckt sind. Am besten informieren Sie sich diesbezüglich vorab direkt bei Ihrer Krankenkasse. Medikamente werden separat verrechnet.

Mein Honorar beträgt 90,— €. Eine Behandlung dauert in der Regel 60 Minuten.

Die Bezahlung erfolgt direkt vor Ort in bar.

Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass ich für Termine, die nicht mindestens 24 Stunden vorher telefonisch oder per SMS abgesagt werden, ein Ausfallhonorar in Höhe von 50% der Behandlungskosten erheben muss.

Ich bestätige hiermit die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben sowie die Kenntnisnahme der Behandlungskosten und Konditionen.

Ort, Datum

Unterschrift