

Anamnese-Fragebogen

(Bitte sorgfältig ausfüllen, nicht Zutreffendes streichen oder ggf. ergänzen!)

Datum: _____



Naturheilpraxis

Heilpraktikerin Kerstin Müller
Obere Grabenstraße 16, 07381 Pößneck
Mobil: +49 (0) 163-1593169
E-Mail: km-naturheilpraxis@gmx.de
Web: www.km-naturheilpraxis.de

Vorname		Nachname	
Straße, Nr.			
PLZ	Wohnort		
Telefon		Mobil	Krankenversicherung
E-Mail		Beruf, frühere Berufe/Tätigkeiten	
Geburtstag	Alter	Familienstand seit	Blutgruppe
Körpergröße in cm		Körpergewicht in kg	

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: _____

Was war unmittelbar vor dem ersten Auftreten Ihrer jetzigen Beschwerden?

- ☐ Kummer ☐ Trauer ☐ Schreck ☐ Reise ☐ Operationen ☐ Hautausschläge ☐ Andere Erkrankung
- ☐ Sonstiges _____

Welche Behandlungen haben Sie, von wem, bereits gegen die Beschwerden bekommen? Welche Erfolge wurden erzielt?

Was erwarten Sie von unserer Behandlung?

--

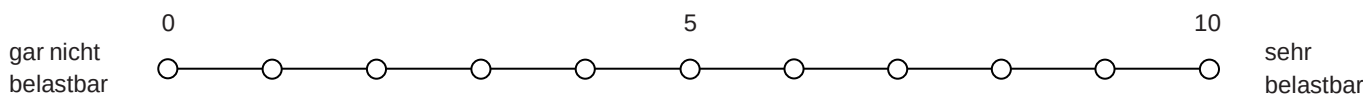
Listen Sie bitte alle Medikamente/Nahrungsergänzungsmittel auf, die Sie einnehmen.

Name	seit	Warum	Dosierung

Allgemeine Symptome

- | | | |
|--|--|---|
| ☐ Mangelnde Konzentration | ☐ Schuldgefühle | ☐ Infektionsanfälligkeit |
| ☐ Müde unterschöpft | ☐ ungelöste Konflikte | ☐ Neigung zur Erkältung |
| ☐ Verstärkt reizbar | ☐ Ängste | ☐ häufiges Schwitzen |

Wie belastbar und leistungsfähig fühlen Sie sich auf einer Skala von 0-10?



Kopf

Leiden Sie unter Kopfschmerzen?

- ☐ häufig ☐ selten ☐ nie
- ☐ Stirn/Augen/Schläfenregion
- ☐ Hinterhauptregion
- ☐ morgens ☐ abends ☐ beidseitig
- ☐ halbseitig ☐ rechts ☐ links
- ☐ drückend ☐ ziehend ☐ pochend
- ☐ stechend
- ☐ aus dem Nacken kommend

Auslöser der Kopfschmerzen

Was verbessert sie?

Was verschlechtert sie?

Schilddrüse

- ☐ Überfunktion ☐ Unterfunktion
- ☐ Vergrößerung ☐ Operation
- ☐ Autoimmunerkrankung/Hashimoto

Augen

- ☐ Bindehautentzündung
- ☐ kurzsichtig ☐ weitsichtig
- ☐ sonstige Beschwerden
- ☐ Brille, seit: _____

Ohren

- ☐ Schmerzen ☐ links ☐ rechts
(drückend/ziehend/stechend/pochend)*
- ☐ Mittelohrentzündungen
- ☐ Ohrendruck ☐ links ☐ rechts
- ☐ Ohrgeräusche ☐ links ☐ rechts
- ☐ Hörminderung ☐ links ☐ rechts
- ☐ Hörgerät

Mandeln

- ☐ Operation
- ☐ häufige Mandelentzündungen
- ☐ als Kind
- ☐ heute

Nase

- ☐ Operationen ☐ Heuschnupfen
- ☐ Nasennebenhöhlenentzündungen
- ☐ behinderte Nasenatmung
- ☐ Nase verstopft

Absonderungen

- ☐ wässrig ☐ schleimig
- ☐ eitrig ☐ grünlich
- ☐ Allergien: _____

Leiden Sie unter Haarausfall?

- ☐ ja, seit: _____
- ☐ kreisrunder Haarausfall
- ☐ vereinzelter Haarausfall
- ☐ gefärbt, seit: _____
- ☐ Dauerwelle, seit: _____

Zähne und Kiefer

- ☐ Erschwerter Durchbruch der Weisheitszähne
- ☐ wurzelbehandelte Zähne
- ☐ Tote Zähne
- ☐ Wurden tote oder Weisheitszähne chirurgisch entfernt?

Temperaturempfindlichkeit?

- ☐ heiß ☐ kalt

Wurden bei Ihnen

Amalgamfüllungen entfernt?

- ☐ ja ☐ nein

Wurde danach eine Quecksilberausleitung vorgenommen?

- ☐ nein
- ☐ ja, wie? _____

Zahn-Füll-Ersatzmaterialien*?

- ☐ Amalgam ☐ Gold
- ☐ Kunststoff ☐ Titan
- ☐ Keramik ☐ Palladium
- ☐ Implantate ☐ andere

Kiefergelenke

- ☐ Schmerzen
- ☐ Geräusche beim Kauen
- ☐ Blockade
- ☐ Zähneknirschen

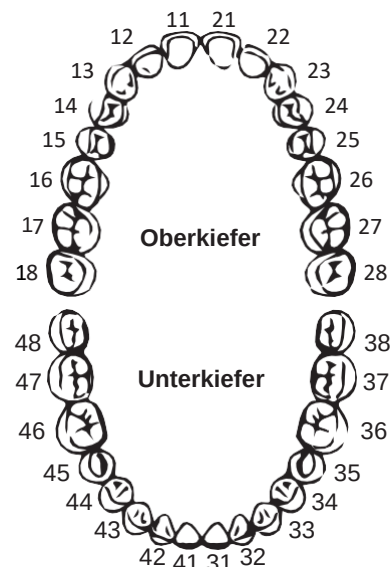
Zunge (wird vom Therapeuten eingetragen)

- ☐ Zahneindrücke
- ☐ Belag
- ☐ Stauungszeichen

Name Ihres aktuellen Zahnarztes?

Bitte markieren Sie behandelte oder erkrankte Zähne oder Zahnfleisch.

Ihre rechte Seite Ihre linke Seite



Körper und Organfunktionen

Herz

- ☐ Beschwerden
- ☐ Stechen
- ☐ Druckgefühl
- ☐ Rhythmusstörungen
- ☐ Beklemmungen
- ☐ Infarkt

Brustdrüse

- ☐ Beschwerden
- ☐ Operationen

Lunge

- ☐ Bronchitis
- ☐ häufig Husten
- ☐ Atemnot
- ☐ Allergien/Asthma*

Galle

- ☐ Steine
- ☐ Koliken

- ☐ Operationen
- ☐ Druck im Oberbauch
- ☐ Fettunverträglichkeit

Magen

- ☐ Völlegefühl
- ☐ Sodbrennen
- ☐ Appetitlosigkeit
- ☐ Gastritis

Blutgerinnungsstörung

- ☐ ja ☐ nein

Rücken

- ☐ Schmerzen
(drückend/ziehend/stechend/pochend)*
- ☐ Hexenschuss
- ☐ Ischias
- ☐ Skoliose
- ☐ Verspannungen
- ☐ Verhärtungen
- ☐ Steifigkeit
- ☐ Rheuma

Leber

- ☐ Hepatitis/Entzündungen
- ☐ Fettleber

Nieren/Blase

- ☐ Nierensteine
- ☐ Nierenerkrankungen
- ☐ Blasenentzündungen
- ☐ Häufigkeit: _____

Harn

- ☐ viel ☐ wenig ☐ häufig
- ☐ kann nicht halten
- ☐ nächtlicher Harndrang

Arme

- ☐ Verletzungen
- ☐ Schmerzen
- ☐ Tennisellenbogen
- ☐ kalte Hände
- ☐ Kribbeln
- ☐ Taubheitsgefühl

Beine

- ☐ Schmerzen
(drückend/ziehend/stechend/pochend)*
- ☐ Krampfadern
- ☐ Operationen
- ☐ Verletzungen
- ☐ kalte Füße
- ☐ Kribbeln
- ☐ Taubheitsgefühl

Haut/Nägel

- ☐ Verbrennungen
- ☐ Narben
- ☐ Geschwüre
- ☐ Hautjucken
- ☐ Warzen
- ☐ eingewachsene Nägel
- ☐ Nagelbettentzündungen
- ☐ Fußpilz
- ☐ Nagelpilz
- ☐ Piercings
- ☐ Allergien auf: _____

Darm

- ☐ Blähungen
- ☐ Verstopfung
- ☐ Reizdarm
- ☐ Colitis ulcerosa
- ☐ Morbus Crohn
- ☐ Polypen
- ☐ Divertikel
- ☐ Verwachsungen
- ☐ Hämorrhoiden

Stuhlgang

- ☐ täglich: 1 bis _____ mal
- ☐ jeden 2. Tag
- ☐ jeden 3. Tag
- ☐ unregelmäßig
- ☐ klebrige Rückstände nach WC-Spülung
- ☐ Neigung zu Durchfall

Farbe/Geruch

- ☐ hell ☐ dunkel
- ☐ übelriechend

Konsistenz

- ☐ weich ☐ hart ☐ knollig
- ☐ schmierig ☐ pastenartig
- ☐ kann Stuhl nicht halten
- ☐ Gefühl nicht fertig zu werden

Gynäkologischer Bereich

Ausfluß?

- ☐ ja ☐ nein
- ☐ weiß ☐ gelb
- ☐ wundmachend

Erste Menses?

Letzte Menses?

Blutungen sind:

- ☐ hell
- ☐ dunkel
- ☐ klumpig
- ☐ braun
- ☐ regelmäßig
- ☐ unregelmäßig

- ☐ Schmerzen
- ☐ Eierstockentzündungen
- ☐ Ausschabung
- ☐ Geburten/Wie viele?

- ☐ Fehlgeburten/Wie viele?

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

Sexualität (freiwillige Angaben)

- ☐ verstärkt
- ☐ unbefriedigt
- ☐ Beschwerden beim Geschlechtsverkehr
- ☐ Probleme mit der Sexualität
- ☐ glücklich und zufrieden

Verhütungsmaßnahmen

- ☐ Pille
- ☐ Spirale
- ☐ Hormonspirale
- ☐ Hormonspritze
- ☐ andere
- ☐ keine

Prostata

- ☐ vergrößert
- ☐ Entzündungen
- ☐ Beschwerden beim Wasserlassen
- ☐ Operation
- ☐ Geschlechtskrankheiten
- ☐ Sterilisation
- ☐ Erektionsprobleme

Sexualität (freiwillige Angaben)

- ☐ verstärkt
- ☐ unbefriedigt
- ☐ Beschwerden beim Geschlechtsverkehr
- ☐ Probleme mit der Sexualität
- ☐ glücklich und zufrieden

Lebensweise

Treiben Sie regelmäßig Sport?

☐ nein ☐ ja, folgenden:

Beschaffenheit der Wohnung?

- In der Nähe befinden sich:
Überlandleitung/Bahnstrom/Bahngleise, Trafostation, Funkmast, Bäche, Flüsse*
- Schimmelpilzbelastung
- Antiquitäten/Holzschutzmittel
- Teppichböden ○ Ledermöbel
- Mikrowelle ○ Induktionsherd

Wie ist Ihr Schlaf?

- ☐ Schlaflosigkeit
- ☐ häufiges Erwachen
Um wie viel Uhr? _____
- ☐ häufiges Wasserlassen
Wie oft? _____
- ☐ Schwierigkeiten beim Einschlafen
- ☐ Unruhe in den Beinen
- ☐ Sprechen im Schlaf
- ☐ Nachtschweiß ☐ heiße Füße
- ☐ Zähneknirschen ☐ Lebhaftes Träumen
- ☐ Schichtarbeit Früh/Spät/Nacht*
- ☐ Regelmäßige Schlafzeiten
von: _____ bis: _____

Wie ist Ihr Schlafplatz eingerichtet?

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

Wie viel Liter trinken Sie täglich?

Alle Angaben in ca. Liter



Was trinken Sie?

Menge? Häufigkeit?

- ☐ Wasser¹ _____
- ☐ Fruchtsäfte _____
- ☐ Bier/Wein* _____
- ☐ hochprozentigen
Alkohol _____
- ☐ Kaffee/Tee/Milch* _____
- ☐ Softdrinks _____
(still/medium/classic-Kohlensäure)*¹

Rauchen Sie?

- ☐ ja ☐ nein
- ☐ Wie viele? _____
- ☐ Seit wann? _____
- ☐ Passivraucher? ☐ E-Zigarette
- ☐ Nichtraucher seit _____

Baubiologische Untersuchung des Wohn/Arbeitsbereiches?*

☐ nein ☐ ja, mit folgendem Ergebnis: (ggf. das Gutachten den Unterlagen hinzufügen!)

Welche Nahrungsmittel essen Sie wie häufig?

	selten bis nie	1-3 x wöchentlich	1 x täglich	2 x täglich	mehrmals täglich
Käse	☐	☐	☐	☐	☐
Joghurt	☐	☐	☐	☐	☐
Milchprodukte	☐	☐	☐	☐	☐
Wurst	☐	☐	☐	☐	☐
Weißmehlprodukte	☐	☐	☐	☐	☐
Kuchen	☐	☐	☐	☐	☐
Eier	☐	☐	☐	☐	☐
Zucker	☐	☐	☐	☐	☐
Fleisch	☐	☐	☐	☐	☐
Fisch	☐	☐	☐	☐	☐
Geflügel	☐	☐	☐	☐	☐
Gemüse	☐	☐	☐	☐	☐
Obst	☐	☐	☐	☐	☐
Nüsse	☐	☐	☐	☐	☐
Sojaprodukte	☐	☐	☐	☐	☐
Marmelade	☐	☐	☐	☐	☐
Süßigkeiten	☐	☐	☐	☐	☐

Auf welche Lebensmittel können Sie schwer verzichten?

Nahrungsmittel-Allergien auf:

Nahrungsmittelunverträglichkeiten?

☐ Gluten ☐ Fructose ☐ Lactose

Bevorzugte Ernährung?

☐ Mischobst ☐ vegetarisch ☐ vegan ☐ Rohkost ☐ Fertiggerichte

Ihre Geburt war:

☐ natürlich ☐ früh ☐ kompliziert ☐ durch Kaiserschnitt

Wurden Sie gestillt?

☐ ja ☐ nein

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

☐ ja ☐ nein

Krankheitsgeschichte

Welche Infektionskrankheiten haben Sie durchgemacht?

- | | | | | | |
|---------------------|-------------|-----------------------|----------------|--------------|------------|
| ○ Tuberkulose | ○ Scharlach | ○ Windpocken | ○ Röteln | ○ Mumps | ○ Masern |
| ○ Keuchhusten | ○ Polio | ○ EBV Infektion | ○ Tetanus | ○ Borreliose | ○ Malaria |
| ○ Tropenkrankheiten | ○ Syphilis | ○ Gonorrhoe (Tripper) | ○ Salmonellose | ○ Ruhr | ○ Covid-19 |

Welche Impfungen haben Sie bekommen?

- | | | | | | |
|---|----------------------------------|------------------------------------|-------------------------------|-----------------------------|----------------------------------|
| ☐ Tuberkulose (BCG) | ☐ Cholera | ☐ Pocken | ☐ Röteln | ☐ Mumps | ☐ Masern |
| ☐ Keuchhusten | ☐ Polio | ☐ Hepatitis | ☐ Tetanus | ☐ HIB | ☐ Gelbfieber |
| ☐ Grippe | ☐ Diphtherie | ☐ andere _____ | | | |

Wurden Erkrankungen schon einmal mit Antibiotika behandelt?

- ☐ nein ☐ ja. Wie häufig? _____

Name der Medikamente: _____

Welche Krankheiten sind in Ihrer Familie bekannt?

(**v** = väterlicherseits / **m** = mütterlicherseits)

Erkrankung	Wer?	Erkrankung	Wer?	Erkrankung	Wer?
☐ Allergien	_____	☐ Asthma	_____	☐ Epilepsie	_____
☐ Geisteskrankheiten	_____	☐ Geschlechtskrankheiten	_____	☐ Gefäßerkrankungen	_____
☐ Gicht	_____	☐ Herzkrankheiten	_____	☐ Krebs	_____
☐ Multiple Sklerose	_____	☐ Neurodermitis	_____	☐ Rheuma	_____
☐ Schlaganfall	_____	☐ Nieren-/Gallensteine*	_____	☐ Schuppenflechte	_____
☐ Tuberkulose	_____	☐ Zuckerkrankheit	_____	☐ andere:	_____

Gab es Reaktionen auf Impfungen?

- ☐ Fieber ☐ Unruhe ☐ Krämpfe
- ☐ Schlaflosigkeit
- ☐ Verhaltensveränderungen

Insektenbisse

- Spinnen ☐ ja ☐ nein
- Zecken ☐ ja ☐ nein
- Falls ja, wann:

Wurden Untersuchungen unter Verwendung von Kontrastmitteln durchgeführt? (CT oder MRT)

- ☐ ja ☐ nein

Tierhalter

- ☐ nein ☐ ja, folgende

seit

seit

OP- oder/und Unfall-Narben*

- ☐ nein ☐ ja, in folgenden Bereichen

Leiden Sie oft unter Erkältungskrankheiten?

- ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, tritt dabei Fieber auf?

- ☐ ja ☐ nein

Chronologische Krankengeschichte:

(falls notwendig, bitte gesondertes Blatt benutzen!)

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

[illegible]

Behandlungskosten

Die Kosten für eine Behandlung beim Heilpraktiker werden von den meisten gesetzlichen Krankenkassen nicht getragen und müssen daher von Ihnen selbst übernommen werden. Allerdings besteht auch die Möglichkeit, einen entsprechenden Zusatztarif bei einer privaten Krankenkasse abzuschließen, der in diesen Fällen einspringt. Private Krankenkassen übernehmen heilpraktische Leistungen ganz oder teilweise entsprechend den von Ihnen abgeschlossenen Tarifoptionen, in der Regel jedoch nur gemäß der Gebührenordnung für Heilpraktiker (GebÜH). Heilpraktiker sind nicht an die GebÜH gebunden. Da die Erstattungssätze nach der GebÜH nicht kostendeckend sind, rechne ich auf Basis der unterstehenden Kostensätze ab.

Über die Höhe der für Sie zu erwartenden Behandlungskosten und den konkreten Abrechnungsmodus kläre ich Sie vor Beginn der Behandlung auf. Es ist empfehlenswert, dass Sie sich gegebenenfalls bereits im Vorfeld bei Ihrer Krankenkasse über die Höhe der für Sie zutreffenden Erstattungssätze informieren. Von der Krankenkasse nicht übernommene Kosten sind von Ihnen selbst zu tragen.

Die Behandlungskosten sind direkt im Anschluss an die Behandlung in bar zu begleichen.

Sie erhalten eine ordnungsgemäße Quittung. Sollten Sie für Ihre Krankenkasse eine detaillierte Rechnung auf Basis der GebÜH benötigen, so bekommen Sie diese gerne von mir erstellt.

Auszug Behandlungskosten für selbstzahlende Patienten:

Ausführliche Anamnese, Puls- und Zungendiagnose 90 €

Behandlungen, Konsultationen bzw. Beratungsleistungen (einschließlich telefonisch) berechne ich 60 € pro Stunde.

Die Abrechnung erfolgt nach Zeiteinheit.

Meine Praxis ist eine Bestellpraxis. Deshalb ist es sehr wichtig, dass Sie Termine mindestens 48 Stunden im Voraus absagen, wenn Sie sie nicht wahrnehmen können. Andernfalls muss ich die nicht stattgefundene Behandlung in Rechnung stellen (einschließlich der für den Termin bestellten Blutegel bei Blutegelbehandlungen).

Datenschutzrechtliche Einwilligung in die Verarbeitung personenbezogener Daten

Hiermit **bestätige** ich Folgendes:

- Ich bin darauf hingewiesen worden, dass die Verarbeitung meiner Daten zum Zweck der medizinischen Behandlung (Anamnese, Befunderhebung, Diagnose, Therapie, Nachsorge etc.) sowie aufgrund des zugrunde liegenden Behandlungsvertrags erforderlich ist.
- Ich bin darauf hingewiesen worden, dass die Einwilligung die Verarbeitung sensibler Daten (Gesundheitsdaten) umfasst.
- Die zur sachgerechten Information erforderlichen Angaben habe ich vor der Datenerhebung von der verantwortlichen Person mitgeteilt bekommen.
- Meine Einwilligung erfolgt freiwillig. Mir ist bekannt, dass ich nicht verpflichtet bin, diese Einwilligung zu erteilen. Erteile ich diese Einwilligung nicht, entstehen mir hierdurch keine Nachteile. Ohne Einwilligung kann jedoch grundsätzlich keine Behandlung durch den Verantwortlichen erfolgen.
- Den Inhalt der abgedruckten Widerrufsbelehrung habe ich vor Erteilung der Einwilligung zur Kenntnis genommen.

Widerrufsbelehrung

Diese Einwilligung kann jederzeit und ohne Angabe von Gründen widerrufen werden. Die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung wird dadurch nicht berührt. Gesetzliche Erlaubnistatbestände bleiben von einem Widerruf der Einwilligung unberührt. Im Falle des Widerrufs ist eine Fortsetzung der Behandlung durch den Verantwortlichen grundsätzlich nicht mehr möglich. Die Einwilligung kann mündlich oder schriftlich widerrufen werden.

Die Hinweise zu den Behandlungskosten und zum Datenschutz habe ich gelesen und akzeptiere diese.

Datum, Unterschrift