

PRAXISFRAGEBOGEN

Vor- / Nachname _____
Geburtsdatum _____ Uhrzeit _____ Geburtsort _____
Adresse _____
Telefon _____
Email _____
Beruf / Ausbildung _____
Krankenkasse _____ privat Beihilfe

Was sind Ihre derzeitigen gesundheitlichen Hauptanliegen? _____

Leiden Sie derzeit (bitte ankreuzen) oder litten Sie bereits unter (ggf. mit Jahreszahl)

- Allergien? Wenn ja, welche? _____
 Verstopfung Durchfall Magenbeschwerden? Wenn ja, welche? _____
 Herz-Kreislauf-Erkrankungen? Wenn ja, welche? _____
 Nieren- oder Blasenenerkrankungen? Wenn ja, welche? _____
 Lungen-Erkrankungen; Wenn ja, welche? _____
 Asthma Bluthochdruck Niederblutdruck Schwindel Tinnitus
 Kopfschmerzen Migräne Myalgien Rheuma Arthrose Diabetes Gicht
 Schlafstörungen Depressionen Suchtkrankheiten: _____
 Hauterkrankungen? Wenn ja, welche? _____
 Myome Zysten Endometriose Zyklusschwankungen Regelbeschwerden
 Schilddrüsenerkrankungen? Wenn ja, welche? _____
 Gibt es familiäre Leiden / Erbkrankheiten? Wenn ja, welche? _____
 Wurden bereits Operationen durchgeführt? Wenn ja, welche? _____
 Welche Medikamente / Naturarzneien / Vitaminpräparate nehmen Sie derzeit ein? _____

Liebe Patientin, lieber Patient,

ich möchte Sie in meiner Praxis nach bestem Wissen und Gewissen beraten und behandeln. Eine umfassende Beratung und Behandlung braucht jedoch Zeit, so daß ich auch nach Zeit abrechne. Das Beratungshonorar beträgt € 80,- pro Stunde á 60 Minuten zzgl. eventuell anfallender Kosten für Hausbesuche, Verbandsmaterialien etc.

Bitte beachten Sie, daß nur private Krankenkassen – je nach Versicherungsvertrag – einen Teil oder ggf. die gesamten Kosten der Behandlung durch Heilpraktiker erstatten.

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, daß ich den Abrechnungsmodus zur Kenntnis genommen habe und alle Kosten selbst trage, auch diejenigen, die von der Krankenkasse nicht erstattet werden.

(Datum)

(Unterschrift)



ZUSATZFRAGEBOGEN FÜR KINDER & JUGENDLICHE

Vor- und Nachname _____

Geschwister _____

Charakter des Kindes _____

(Still, schüchtern, unsicher, laut, offen, aggressiv...)

Lieblingsspielzeug _____

Lieblingessen _____

Besondere Vorlieben / Abneigungen _____

Derzeitiger Kindergarten / Schule _____

Bisherige Kinderkrankheiten keine

Masern Mumps Röteln Scharlach Windpocken Keuchhusten

andere häufige Krankheiten _____

Antibiotikabehandlung(en)? Wenn ja, wann und weshalb? _____

Impfungen keine

Masern / Mumps / Röteln Windpocken 5-fach-I. / 6-fach-I. sonstige: _____

Kam es zu Impfreaktionen? Wenn ja, zu welchen? _____

Schwangerschaft

Gestose / Diabetes Medikamente in der SS, wenn ja welche? _____

Besonderheiten in der SS? Wenn ja, welche? _____

Geburt / Neugeborenes

Art der Geburt (Schädellage, Beckenendlage, Kaiserschnitt) _____

Schmerzmittel und Medikamente unter der Geburt? Wenn ja, welche? _____

Besonderheiten während der Geburt? Wenn ja, welche? _____

Wurde das Kind gestillt? Wenn ja, wie lange? _____

Bestehen Schlafstörungen? Wenn ja welche? _____

Gab es Unfälle? Wenn ja welche? _____

Gab es Krankenhausaufenthalte? Wenn ja weshalb und wie lange? _____

Urlaube in den letzten 12 Monaten? _____

Hat das Kind körperliche oder seelische Narben? _____

Gibt es etwas, das Sie gerne in Bezug auf Ihr Kind sagen möchten?

