

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

ich freue mich, dass Sie meine Heilpraxis aufsuchen möchten und einen Ersttermin vereinbart haben. Um Sie besser kennen zu lernen, benötige ich einige Informationen von Ihnen. Bitte beantworten Sie folgende Fragen zu Ihrer Person und Ihrer Krankengeschichte und bringen Sie den Fragebogen zum vereinbarten Termin mit.

Vielen Dank -
Ihre Doris Haas

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ weiblich männlich

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon: _____ mobil: _____

e-mail: _____ @ _____

Krankenkasse:

private Zusatzversicherung:

Rechnungsadresse wie oben, oder

- deutlich und in Druckbuchstaben ausfüllen -

Bitte haben Sie Verständnis, dass nachträgliche Rechnungsumschreibungen einen Aufwand für mich darstellen und ich die Kosten hierfür entsprechend in Rechnung stellen muss.

Allgemeines:

Größe: _____ cm - Gewicht: _____ kg -

Anzahl der Kinder: _____ Fehl-/Totgeburten: _____

Risikofaktoren:

Trinken Sie Alkohol? überhaupt keinen selten regelmäßig täglich

Rauchen Sie? Nein früher rauche immer noch (ca. ____ am Tag)

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? Anabolika Aufputzmittel

Drogen Pille/Hormone sonstige _____

Krankheiten:

Leiden Sie unter chronischen Krankheiten? ja nein

Wenn ja, welche?

Blutdruck hoch niedrig normal

Nehmen Sie hierfür Medikamente? Welche?

Schilddrüse Überfunktion Unterfunktion operiert vergrößert

Nehmen Sie hierfür Medikamente? Welche?

Leiden Sie an Ängsten? nein ja, bitte beschreiben

Haben Sie hormonelle Probleme? nein ja

Leiden Sie an Schlafstörungen? nein ja

Sind Sie operiert worden? nein ja,

Ihre Vorlieben bei Essen? eher süß sauer salzig scharf
und Trinken? eher warm kalt viel wenig

Ihr Lieblingsessen: _____

sie mögen gar nicht: _____

Allergien / Unverträglichkeiten: nein ja

Welche Kinderkrankheiten hatten Sie?

- Masern Mumps -Röteln Windpocken Keuchhusten Scharlach
 sonstige: _____

Wurden Sie geimpft? nein ja

Wenn ja, welche Impfungen haben Sie erhalten?

- Tetanus Polio/PV FSME/Zecken Diphtherie
 Hepatitis A Hepatitis B Gebärmutterhals
 Covid (___ Impfungen; Impfstoff: _____)
 sonstige: _____

Gibt/gab es schwerwiegende oder chronische Krankheiten in Ihrer Familie?

Vater Mutter Geschwister Großeltern _____

Vater Mutter Geschwister Großeltern _____

Vater Mutter Geschwister Großeltern _____

Gibt/gab es in Ihrer Familie viele Unfälle, frühe/junge Todesfälle (< 65 J.) oder
 andere außergewöhnliche Vorkommnisse?

Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben auf Seiten 1 bis 3.

X _____ X _____
Ort, Datum Unterschrift Patient(in) bzw.
gesetzlicher Vertreter(in)

Vielen Dank für die Beantwortung der Fragen.

BESTÄTIGUNG

Geistiges Heilen dient der Aktivierung der Selbstheilungskräfte und ersetzt nicht die Diagnose oder Behandlung durch den Arzt.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich den Erhalt dieses Hinweises vor Beginn der Behandlung.

X

Ort, Datum

X

Unterschrift Patient(in) bzw.
gesetzlicher Vertreter(in)