

Praxis für ganzheitliche Medizin

Heilpraktikerin Sylvia Richter, Zillestraße 105a, 10585 Berlin

Anamnese - Fragebogen

Name _____ Geburtstag _____
Vorname _____ Tel. Privat _____
Straße _____ Tel. Beruf _____
PLZ – Ort _____ FAX _____
Beruf _____ E-Mail _____
Wer hat mich empfohlen? _____ Familienstand/Kinder _____
Wie erreichen Sie mich (BUS, Bahn, Auto, Taxi) _____

Versicherung:

Gesetzlich (AOK, DAK usw.)

Beihilfe/Post

Privat-Versicherung (welche)

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen genau aus. Bei den Beispielen genügt es zu unterstreichen, sofern diese zutreffen; ansonsten mit eigenen Worten beantworten. Bitte nehmen Sie sich genug Zeit.

**Welche Beschwerden führen Sie zu mir? Seit wann haben sie diese?
Beginnen Sie mit den Beschwerden, die Sie am meisten stören
(auch dann, wenn dies nicht die stärksten, wichtigsten oder häufigsten Symptome sind)**

Was war unmittelbar vor dem ersten Auftreten Ihrer jetzigen Beschwerden?

z.B. eine Erkrankung, Kummer, Trauer, Schreck, Operation, Hautausschläge, Medikamente

Welche Krankheiten sind Ihnen in Ihrer Familie bekannt?

Eltern, Großeltern, Urgroßeltern, Geschwister.

z.B. Krebs, Tuberkulose, Geisteskrankheiten, Geschlechtskrankheiten, Selbstmord, Herzkrankheiten, Gefäßkrankheiten, Schlaganfall, Asthma, Zuckerkrankheit, Rheuma, Nierensteine, Gallensteine, Multiple Sklerose, Gicht, Allergien, Schuppenflechte, Neurodermitis, Migräne.

Praxis für ganzheitliche Medizin

Heilpraktikerin Sylvia Richter, Zillestraße 105a, 10585 Berlin

Welche Auffrisch-Impfungen haben Sie bekommen?

Bitte Impfausweis mitbringen.

z.B. Tuberkulose (BCG), Polio (Kinderlähmung), Diphtherie, Tetanus, Hepatitis, Cholera, Gelbfieber, Pocken, Grippe, Zecken, usw.

Gab es Reaktionen auf Impfungen?

z. B. Fieber, Krämpfe, Unruhe, Schlaflosigkeit, Verhaltensveränderungen.

Welche Infektionskrankheiten haben Sie durchgemacht?

Masern, Mumps, Röteln, Keuchhusten, Windpocken, Scharlach, Tetanus, Kinderlähmung (Polio), Malaria, Salmonellose, Ruhr, Pfeiffersches Drüsenfieber, Gonorrhöe (Tripper), Syphilis, Tropenkrankheiten, Tuberkulose, usw.

Gibt es Allergien?

Pollen / wann.....

Nahrungsmittel.....

Kopf

Leiden Sie unter Kopfschmerzen?

falls ja,
häufig, selten, Stirn-Augen-Schläfen-Hinterhauptregion, morgens, abends,
halbseitig - links - rechts - doppelseitig -

Haare Haarausfall, kreisrunder, vereinzelter, seit wann.....

Augen Bindehautentzündung, kurzsichtig, weitsichtig, Grauer Star, Macula-Degeneration usw.

Ohren links / rechts ...Tinnitus seit
Schwerhörigkeit seit, andere.....

Zähne/ Kiefer Wurden bei Ihnen Amalgamfüllungen entfernt? Ja Nein
wurde eine Amalgamausleitung durchgeführt? Ja Nein

Zahnfüllmaterialien Amalgam Kunststoff Gold Keramik

Nase Operationen, Nasennebenhöhlenentzündungen, behinderte Nasenatmung, Nase verstopft

Mandeln Operation, häufig Mandelentzündungen als Kind / heute

Schilddrüse Überfunktion, Unterfunktion, Vergrößerung, Operation

Praxis für ganzheitliche Medizin

Heilpraktikerin Sylvia Richter, Zillestraße 105a, 10585 Berlin

Brust und Bauch

Herz	Beschwerden, Stechen, Druckgefühl, Infarkt, Beklemmung, Rhythmusstörungen
Lunge	Bronchitis, häufig Husten,
Leber	Entzündung - Hepatitis
Galle	Steine, Koliken, Operation, Druck im Oberbauch, Fettunverträglichkeit
Magen	Völlegefühl, Gastritis, Appetitlosigkeit, Nahrungsmittelallergien.....
Darm	Infektionen, Hämorrhoiden, Blinddarmoperation, Blähungen Geruch.....
Stuhlgang	täglich, jeden 2.3.4. Tag, unregelmäßig, riecht nach..... Neigung zur Verstopfung, Neigung zum Durchfall Stuhl hell, dunkel, übelriechend, hart, knollig, weich, schmierig, pastenartig, kann Stuhl nicht halten, Gefühl, nicht fertig zu werden, Stuhlgang wechselhaft

Rücken – Arme – Beine - Haut

Arme	Verletzungen, Schmerzen, Tennisellenbogen, Kribbeln, kalte Hände usw.
Beine	Verletzungen, Schmerzen, Krampfadern, Operationen, Verletzungen, kalte Füße, Kribbeln, Taubheitsgefühl
Rücken	Beweglichkeit, Verspannungen, Belastungen, Rheuma
Haut/Nägel	Verbrennungen, Geschwüre, Hautjucken, Warzen, Pilze, eingewachsene Nägel, Nagelbettentzündungen

Narben Haben Sie durch Operationen oder Verletzungen Narben?

- Ja – bitte unbedingt beim Besuch zeigen – auch kleine
- Nein

Unterleib – Gynäkologie

Gynäkologie	Ausfluss - Eierstockentzündungen, Ausschabungen, Fehlgeburten, Tumore, Zysten, Myome, Geschlechtskrankheiten usw.
Menses	Wann war die erste Menses.....wann die letzte..... Beschwerden vor, nach, während der Regel welche Klimakterische Beschwerden.....

Praxis für ganzheitliche Medizin

Heilpraktikerin Sylvia Richter, Zillestraße 105a, 10585 Berlin

Nehmen Sie Verhütungsmittel? Welche

Prostata vergrößert, Entzündungen gehabt, aktuell, Beschwerden beim Wasserlassen

Niere/Blase Nierensteine, Entzündungen - häufig

Harn viel, wenig, häufig, kann nicht halten, Geruch nach.....

Sexualität vermindert, verstärkt, unbefriedigt, Beschwerden beim Geschlechtsverkehr

Allgemeines:

Mein aktuelles Körpergewicht **Meine Körpergröße**

Meine Blutgruppe **Mein Blutdruck**.....

Trinken Sie Alkohol? **Rauchen Sie?**

Leben Sie nach bestimmten Ernährungsrichtlinien?

.....

Wieviel Liter und was trinken Sie pro Tag?

Nehmen Sie Zuckerersatzstoffe zu sich?

Treiben Sie Sport? Welchen, seit wann?

Schlaf Schlaflosigkeit, häufiges Erwachen (Uhrzeit), Schwierigkeiten beim Einschlafen, Sprechen im Schlaf, Unruhe in den Beinen, Nachtschweiß, heiße Füße, Zähneknirschen

Schlafzeit übliches zu Bett gehen übliches Aufstehen.....

Praxis für ganzheitliche Medizin

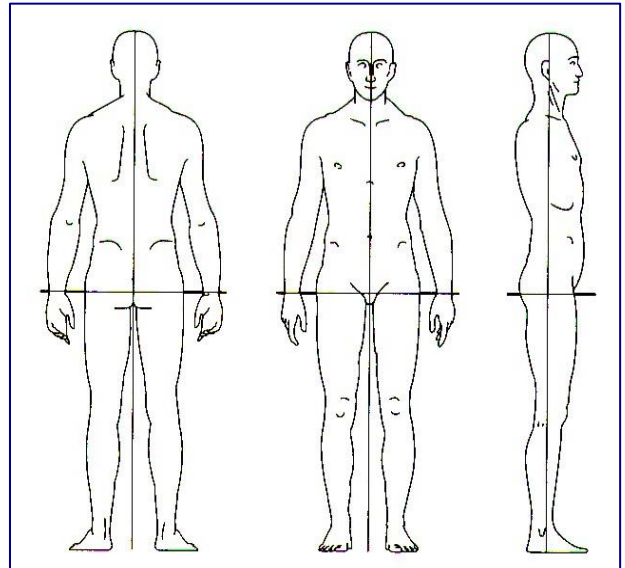
Heilpraktikerin Sylvia Richter, Zillestraße 105a, 10585 Berlin

Schmerzfragen

Wo treten Schmerzen auf?

Bitte kennzeichnen

- Kreuz - punktförmiger Schmerz
- Linie - unklare Schmerzlokalisierung
- Pfeil - ausstrahlender Schmerz



Schmerzskala für den Hauptschmerz

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 schwach mittel sehr stark

Seit wann haben Sie die Schmerzen?

Gab es ein auslösendes Ereignis?

Wie oft haben Sie die Schmerzen? Immer, mehrmals am Tag, alle paar Tage, wöchentlich, seltener

Wie ist das Schmerzempfinden? Ziehend, brennend, stechend, klopfend, drückend, krabbelnd, reißend, kolikartig, krampfend, dumpf, beengend, bohrend

Welche Ereignisse verschlimmern? Körperliche Belastung, längeres Stehen, Sitzen, Gehen, Stress, Kälte, Wärme, Nahrungsmittel, Husten, Niesen, Tageszeit, Wetterlage, Monatsblutung, Sonstiges

Welche Ereignisse verbessern? Ruhe, Schlaf, Bewegung, Kälte, Wärme, Sport, Schmerzmittel, Urlaub

Praxis für ganzheitliche Medizin

Heilpraktikerin Sylvia Richter, Zillestraße 105a, 10585 Berlin

Andere Symptome zum Schmerz

Hautrötung, Blässe, Schwellung, Berührungsempfindlichkeit,
Schweißbildung, Seh- oder Hörstörungen, Gangunsicherheit,
Muskelschwäche, Müdigkeit, Schwindel,
Bewegungseinschränkung

Sonstiges

.....

Schmerzbehandlung bisher, wie?

Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit ein?

Bitte Beipackzettel oder Medikament mitbringen.

Auch Nahrungsergänzungsmittel angeben.

Chronologie der Krankengeschichte

Bitte erfassen Sie alle bisherigen Erkrankungen und Operationen, die Sie durchgemacht haben.

WICHTIGE HINWEISE:

Hiermit bin ich ausdrücklich darüber informiert worden, dass die gesamten Kosten von einer gesetzlichen Krankenkasse nicht übernommen werden und, dass die Kosten von einer evtl. bestehenden privaten Versicherung und/oder Beihilfestelle möglicherweise teilweise oder ganz nicht übernommen werden.

Ich wurde darüber informiert, dass aufgrund der rein naturheilkundlichen Diagnostik und Therapie in der Rechnungsstellung unter Umständen keine klinisch-wissenschaftlichen Diagnosen angegeben werden und dadurch bedingt möglicherweise Leistungen von einer bestehenden Privatversicherung oder Beihilfestelle nicht erstattet werden, was keinen Einfluss auf meine Erstattungspflicht zum Ausgleich der Honorarrechnung hat.

Ich wurde darüber informiert, dass Behandlungskosten unabhängig von geleisteten oder nicht geleisteten Erstattungen durch Beihilfestellen oder privaten Krankenversicherungen an den Heilpraktiker zu zahlen sind.

Praxis für ganzheitliche Medizin

Heilpraktikerin Sylvia Richter, Zillestraße 105a, 10585 Berlin

Terminausfall/Kurzfristige Absage:

Wenn für Ihre Behandlung ein fester Termin vereinbart worden ist und Sie sind an der Wahrnehmung dieses Termins verhindert, sind Sie verpflichtet, spätestens 24 Stunden vor dem Termin uns die Verhinderung mitzuteilen. Bei einer späteren Absage oder für den Fall, dass Sie den Termin ohne vorherige Mitteilung nicht wahrnehmen, sind wir berechtigt, dass für die nicht durchgeführte Behandlung vereinbarte Honorar von Ihnen zu fordern. Dies gilt nicht, wenn Sie unverschuldet die Frist für die Absage des Termins nicht einhalten konnten oder wenn ein Ersatztermin vereinbart wird.

Hinweis zur Chiropraktik und Osteopathie:

Im Urteil des *OLG Düsseldorf (vom 08.03.93 302/91)* wird verlangt, Patienten das Risiko aufzuzeigen, dass es in seltenen Fällen, vor allem bei nicht korrekter Durchführung der Manipulation der oberen Halswirbelsäule zu dauerhaften Durchblutungsstörungen des Kopfes kommen kann.

Kommentar:

1. Grundsätzlich korrigiere ich die HWS nicht mit Force Impulstechniken (Chirotherapie) ohne vorher viele Tests durchzuführen, oder ein Röntgenbild der HWS hinzuzuziehen (nicht älter als ein halbes Jahr), sondern benutze die sanfteren Low Force (wenig Impuls) oder Non Force (kein Impuls) Techniken.
2. Bei den sanften chiropraktischen und osteopathischen Techniken ist das Risiko auf ein Mindestmaß reduziert.
3. Grundsätzlich kann jede Behandlung mit einem Risiko behaftet sein.
4. Bei entsprechenden Risikofaktoren werden grundsätzlich Röntgenaufnahmen hinzugezogen, um ein eventuelles Risiko aufzudecken.
5. Anhand dieses ausführlichen Fragebogens und durch die umfangreichen Untersuchungen können eventuelle Risikofaktoren im Vorfeld festgestellt werden.
6. Bei Unklarheiten sprechen Sie bitte mit mir, **ich setze sonst ihr Behandlungseinverständnis voraus.**

**Bitte bringen Sie dringend vorhandene Laborbefunde,
Röntgenaufnahmen und sonstige Befundberichte mit!**

Unterschrift

Ort, Datum

HP Sylvia Richter

Praxis für ganzheitliche Medizin

Zillestraße 105 a, 10585 Berlin

0160 370 1006

richter@ganzheitliche-medizin-praxis.de

www.ganzheitliche-medizin-praxis.de