



Sehr geehrte(r) Patient(in),

herzlich willkommen in unserem Heilkundezentrum

Um Ihnen einen reibungslosen Ablauf gewährleisten zu können, möchten wir Sie bitten, einige Punkte zu beachten.

Wir nehmen uns viel Zeit für Sie und Ihre Anliegen. Falls Sie Ihren Termin bei uns nicht einhalten können, sagen Sie diesen unbedingt mindestens 24 Stunden vorher ab. Bei kurzfristiger Absage oder Nichterscheinen berechnen wir eine Ausfallpauschale von 100.- € (für den Ersttermin 90 Min.) bzw. 50.- (für einen Termin von 45 Min.)

Damit wir uns auf Sie bestmöglich vorbereiten können wäre es gut, wenn Sie uns den ausgefüllten Anamnesebogen und die unterschriebenen Unterlagen (Anhang) spätestens drei Tage vor Ihrem Ersttermin persönlich oder postalisch zukommen lassen würden. Es ist kein Problem, wenn Sie nicht alle Fragen beantworten können, lassen Sie die entsprechenden Felder frei, wir besprechen diese dann beim Ersttermin gemeinsam.

Bitte legen Sie auch, falls vorhanden, Laborbefunde bzw. sonstige Befundberichte bei.

Die neue Datenschutzverordnung untersagt hierfür die Übermittlung per Email. Falls Sie diesen Weg wählen sollten, geschieht dies ausdrücklich aus Ihrem eigenen Willen und gegen unsere Empfehlung!

Wir freuen uns, Sie als Neupatient bei uns begrüßen zu dürfen.

Ihr Team vom Heilkundezentrum Waibl



AUFNAHME-FRAGEBOGEN

Name: _____ Vorname: _____

Adresse: _____ Postleitzahl: _____

Wohnort: _____ Geburtstag: _____

Telefon: _____ Sonstige Tel: _____

Krankenkasse (zutreffendes bitte einkreisen):

gesetzlich (Selbstzahler)

privat

gesetzlich mit Zusatzvers.

Beihilfe

Kasse/Tarif:

(bei Zusatz oder Privatversicherung)

Ich möchte Ihren Newsletter mit Kursangeboten und allgemeinen Informationen als Email erhalten
(kann jederzeit abbestellt werden). Ja Nein

Email: _____

Beruf: _____

Arbeitgeber: _____

Frühere Berufsausübung: _____

Freizeit, Sport, Hobby: _____

Soziales Umfeld: _____
(leben Sie alleine, mit Partner, mit Familie, sind Sie verheiratet, geschieden, haben Sie Kinder,
Geschwister, usw.)

Nächster Angehöriger: _____

Hausarzt: _____

Facharzt: _____

Zahnarzt: _____

Sonst. Therapeut, Heilpraktiker usw. _____

Wer hat uns empfohlen? _____



Fand innerhalb der letzten drei Monate eine Behandlung bei einer der oben genannten Berufsgruppen statt? Ja Nein

Datum : _____

Grund der Behandlung: _____

Gehen Sie zu den altersentsprechenden Vorsorgeuntersuchungen

Wurde bei Ihnen jemals eine der folgenden Erkrankungen diagnostiziert?

	Ja	Nein
Krebs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzprobleme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes Typ I oder Typ II	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Thrombose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Magengeschwüre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nierenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leberfunktionsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autoimmunerkrankungen: z.B. Multiple Sklerose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Andere: _____

Entzündliche Gelenkerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bandscheibenvorfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Knochenbrüche/Bandverletzungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Darmerkrankungen/Darmverschluss/Divertikel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergische Reaktionen/Allergischer Schock	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anfallsleiden/Epilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depressionen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Posttraumatische Belastungsstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abhängigkeit von Alkohol, Medikamenten, andere Substanzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie im letzten Monat Gedanken gehabt, nicht mehr Leben zu wollen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Ja Nein

Stress (Arbeit/zu Hause)

Akute Infektionskrankheiten

Wenn ja, welche? _____

Bitte kreuzen Sie aktuelle Beschwerden an, die für Sie neu oder ungewöhnlich sind:

	Ja	Nein	Wenn ja, seit wann?
Gewichtsveränderungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Übelkeit, Erbrechen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Schwindel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Müdigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Schwächegefühl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Fieber, Schüttelfrost	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
nächtliches Schwitzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Kribbeln oder Taubheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Zittern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Doppelbilder sehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Verlust der Sehschärfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Hörstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Hautausschlag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Gelenk- oder Muskelschwellung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Schlafstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Angstzustände	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Unerklärliche blaue Flecken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Starke Blutung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Atemnot	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Regelmäßiger Husten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Arm-Beinschwellung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Herzstolpern/Herzrasen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Schluckbeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Verstopfung/Durchfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Blut im Stuhl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____



Blut im Urin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Schwarzer Stuhl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Probleme beim Wasserlassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Mögliche Schwangerschaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Anleitung: Bei den Beispielen genügt es zu unterstreichen, sofern diese zutreffen; ansonsten die Fragen bitte mit eigenen Worten beantworten.

Für welche 3 Hauptbeschwerden wünschen Sie sich eine Besserung? Was ist Ihr Wunsch an uns? Was ist Ihr Ziel?	
1.	
2.	
3.	
Was war unmittelbar (einige Tage bis wenige Wochen) vor dem ersten Auftreten Ihrer jetzigen Beschwerden? z.B. eine Erkrankung, Kummer, Trauer, Operation, Veränderungen in Beruf oder Privatleben, Hautausschläge, Medikamente, Diäten, Zahnbehandlungen etc.	
Was verbessert Ihre Beschwerden?	Was verschlimmert Ihre Beschwerden?
Gibt es dort, wo Sie sich oft aufhalten (z.B zu Hause, bei der Arbeit) Belastungen durch Schimmel, Lärm, Rauch, Abgase, Elektrosmog, Chemikalien?	
Welche Krankheiten sind Ihnen in Ihrer Familie bekannt? Eltern, Großeltern, Geschwister? z.B. Krebs, Tuberkulose, Psychische Erkrankungen, Geschlechtskrankheiten, Herzkrankheiten, Gefäßkrankheiten, Schlaganfall, Asthma, Diabetes, Rheuma, Nierensteine, Gallensteine, Multiple Sklerose, Gicht, Allergien, Schuppenflechte, Neurodermitis, Migräne.	
Eltern:	



Großeltern:

Geschwister:

Wie oft haben Sie in den letzten Monaten Antibiotika eingenommen?

Haben Sie Allergien? Wenn ja, welche Symptome?

Welche (Auffrisch-) Impfungen haben Sie bekommen? (Datum)?

Welche Infektionskrankheiten haben Sie durchgemacht? Masern, Mumps, Röteln, Keuchhusten, Windpocken, Scharlach, Tetanus, Malaria, Salmonellose, Ruhr, Pfeiffersches Drüsenfieber, Gonorrhö (Tripper), Syphilis, Tropenkrankheiten, Tuberkulose. Andere Infektionskrankheiten?

Kopf

Zähne/Kiefer:

Wurden bei Ihnen Amalgamfüllungen entfernt? Ja/nein

Wann?

Wie viele?

Haben Sie Implantate?

Wurzelbehandelte Zähne?

Welche?

Kieferorthopädische Behandlung, wenn ja wann ?

Zahnspange/Retainer

Zahnfüllmaterialien: Amalgam / Kunststoff / Gold / Keramik / Anderes:



Leiden Sie unter Kopfschmerzen/ Migräne? Ja/nein

Falls ja wie häufig und wann (z.B. Menstruation, Wetterwechsel, Uhrzeiten usw.)

Tragen Sie bitte auf der Skala die Schmerzstärke ein.

Kein Schmerz

größter vorstellbarer Schmerz

|-----|

<p>Ohren: links/rechts</p> <p>Tinnitus seit:</p> <p>Art des Geräusches:</p> <p>Schwerhörigkeit seit:</p> <p>Entzündungen seit:</p>	<p>Augen: Bindehautentzündungen, kurzsichtig weitsichtig, Grauer Star, Makula-Degeneration usw.</p>
<p>Mandeln: Operation, häufig Mandelentzündung als Kind / heute</p>	<p>Nase: Operationen, Nasennebenhöhlenentzündungen als Kind / heute</p>
<p>Haare: Haarausfall kreisrunder, vereinzelter seit wann?</p>	<p>Gehirn: Schlaganfall, Krampfleiden (Epilepsie)</p>
<p>Psyche/Nervensystem: Nervenzusammenbruch, Depression, Burnout, Trauma Zeitraum?</p> <p>Auslöser?</p>	<p>Schilddrüse: Überfunktion, Unterfunktion, Vergrößerung, Operation, Medikamente</p>



Brust/Magen-Darm/Nieren

Herz: Beschwerden, Stechen, Druckgefühl, Infarkt, Beklemmung, Rhythmusstörungen	Lunge / Atemwege: Entzündung, Bronchitis, häufiger Husten, Asthma
Leber: Entzündung, Hepatitis	Galle: Steine, Koliken, Operation, Druck im Oberbauch, Fettunverträglichkeit
Magen: Völlegefühl, Gastritis, Appetitlosigkeit, Schmerzen, Sodbrennen, unverträgliche Speisen	Darm: Infektionen, Hämorrhoiden, Blinddarmoperation, Blähungen
Stuhlgang: Wie häufig? täglich, jeden 2.3.4. Tag, unregelmäßig, Neigung zu Verstopfung, Neigung zu Durchfall	Niere/Blase: Nierensteine, Entzündungen Harn: viel, wenig, kann nicht halten?

Rücken/Arme/Beine

Rücken/ Wirbelsäule: Verletzungen, Hexenschuss, Verspannungen, Belastungen, Rheuma, Operationen, Bandscheibenvorfall Beinlängendifferenz?	Arme: Verletzungen, Schmerzen, Tennisellenbogen, Operationen, Kribbeln, kalte Hände usw.
--	---



Beine: Verletzungen, Schmerzen, Krampfadern, Operationen, kalte / heiße Füße, Kribbeln, Taubheitsgefühl	Narben: Haben Sie durch Operationen oder Verletzungen Narben? Wenn ja, wo und verursachen diese Beschwerden?
--	---

Gewebe/Haut/Nägel

Haut: Verbrennungen, Geschwüre, Hautjucken, Warzen, Pilze, Ekzeme	Nägel: eingewachsene Nägel, Nagelbettentzündungen, Nägel brüchig, reißen ein
Gewebe: Wassereinlagerungen, weich, "puffy"	Gewebe um die Augen: dunkle Augenringe, Schwellungen

Frauen

Brust: Zysten, Tumore, Spannungsschmerz, Mastitis etc.	Unterleib / Geschlechtsorgane Ausfluss, Eierstockentzündungen, Ausschabungen, Fehlgeburten, Tumore, Zysten, Myome, Geschlechtskrankheiten etc.
Menstruation: In welchem Alter war die erste Menses?	Beschwerden vor / nach / während der Regel. Bitte Beschwerden kurz beschreiben
Nehmen Sie Verhütungsmittel? Welche?	Verminderte Libido?



Klimakterische Beschwerden? Bitte Beschwerden beschreiben. In welchem Alter war die letzte Menstruation?	Schwangerschaften? Wie viele? Verläufe? Erkrankungen der Kinder?
Sonstiges:	

Männer

Prostata: Vergrößerung, Entzündungen, Beschwerden beim Wasserlassen, Operationen, Infektionen, Sonstiges	Erektionsprobleme?
Verminderte Libido?	Sonstiges:

Historie

Geburtsweg: normal, Frühgeburt, Kaiserschnitt, Komplikationen?	Gab es Besonderheiten nach der Geburt/ in der Säuglingszeit? Antibiose, Aufenthalt in Kinderklinik
Wurden Sie gestillt? Wie lange?	Hatten Sie als Kind häufige Infekte?
Hatten Sie als Kind allergische Reaktionen oder Ekzeme?	Wie war Ihre Konzentrationsfähigkeit in der Schule?



Allgemeines

Blutgruppe:	Blutdruck:
Gewicht:	Körpergröße:
Wohlfühlgewicht:	
Trinken Sie Alkohol?	Nehmen Sie Drogen/Stimulanzien?
Vertragen Sie Alkohol?	
Wie viel Liter und was trinken Sie pro Tag?	

Wie ist Ihr Schlaf?

Leiden Sie an Schlaflosigkeit?

Einschlafstörungen?

Häufiges Erwachen (Uhrzeit)?

Sprechen im Schlaf, Unruhe in den Beinen, heiße/schwitzige Füße, Zähneknirschen?

Wie viele Stunden schlafen Sie? Wann gehen Sie normalerweise zu Bett, wann stehen Sie auf?

Tragen Sie bitte auf der Skala Ihre Schlafqualität ein.

Keine Erholung größte vorstellbare Erholung

|_____|

Tragen Sie bitte auf der Skala Ihre Energiestufe ein.

Keine Energie größte vorstellbare Energie

|_____|

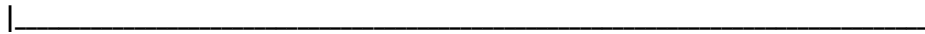


Leiden Sie unter Ängsten oder anhaltendem Kummer? Wenn ja, welche?

Tragen Sie bitte auf der Skala die Ausprägung Ihrer Angst/Kummer ein.

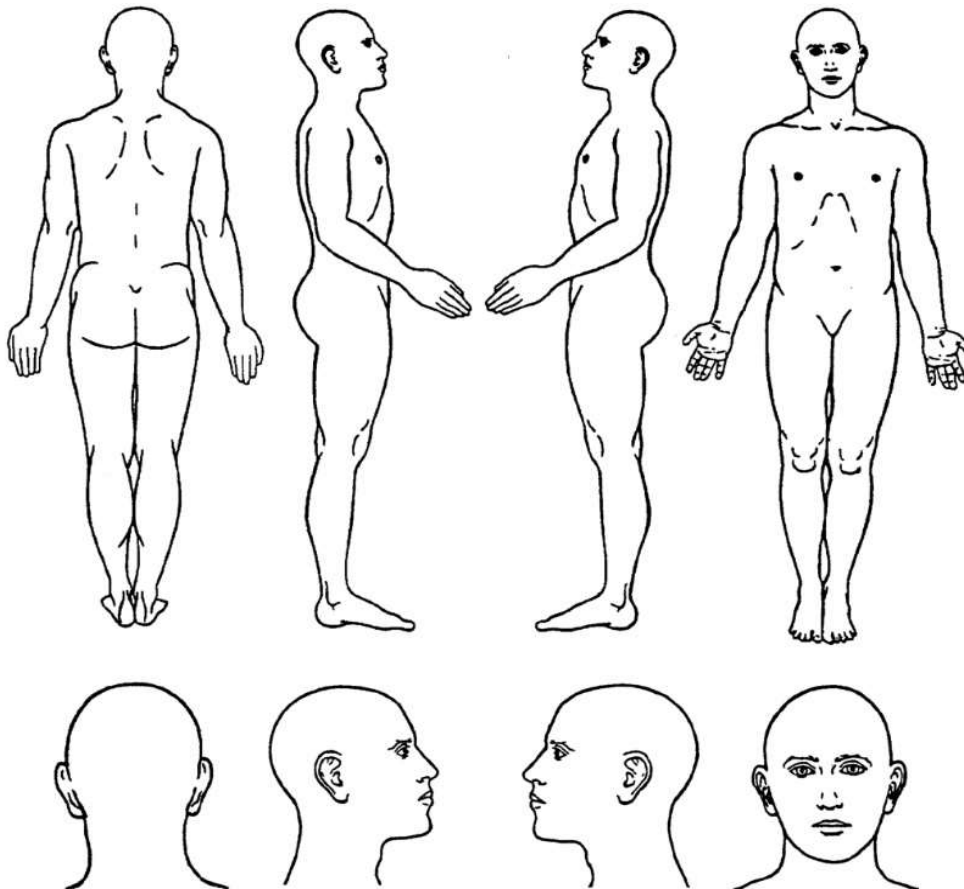
Keine Angst/Kummer

größte vorstellbare Angst/Kummer



Schmerzfragen

Wo treten Schmerzen auf? Bitte kennzeichnen



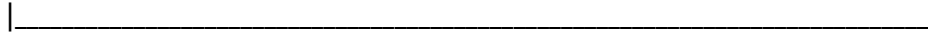
Seit wann haben Sie die Schmerzen?



Tragen Sie bitte auf der Skala die Schmerzstärke ein.

Kein Schmerz

größter vorstellbarer Schmerz



Gab es ein auslösendes Ereignis?

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

Was verschlimmert die Schmerzen?

Was verbessert die Schmerzen?

Schmerzbehandlung bisher?

Ernährung

Essen Sie nach bestimmten Ernährungsrichtlinien/Diäten? Welche?

Besteht eine Laktose- Fruktose - oder Glutenunverträglichkeit?

Welche Lebensmittel vertragen Sie nicht?

Gegen welche Lebensmittel besteht eine Abneigung?

Für welche Lebensmittel besteht eine Vorliebe?

Haben Sie häufig Heißhunger? Wenn ja, wann?

Fühlen Sie sich nach den Mahlzeiten müde, abgeschlagen, aufgebläht oder schwer?



Bitte notieren Sie, welche Lebensmittel Sie vorgestern und gestern gegessen haben.

	Vorgestern	Gestern
Morgens Uhrzeit		
Mittags Uhrzeit		
Abends Uhrzeit		
Zwischenmahlzeiten Uhrzeit		

Welche Medikamente und/oder Nahrungsergänzungsmittel nehmen Sie zurzeit regelmäßig ein?

(ggf. können Sie für Ihre Angaben gerne ein Beiblatt ergänzen)

Arzneimittel	Dosierung	Seit wann?



Chronologie Ihrer Krankengeschichte: Bitte erfassen Sie stichwortartig und mit Jahreszahl alle bisherigen Erkrankungen und Operationen, die Sie durchgemacht haben. Hier können Sie auch Ereignisse auflisten die als Auslöser/Ursache Ihrer derzeitigen Gesundheitsbeschwerden eine Rolle spielen.

Haben Sie ergänzende Anmerkungen, die für Sie wichtig sind?