

Praxis für ganzheitlich-naturheilkundliche Therapie

Dr. med. Rainer Didier Facharzt für Allgemeinmedizin

**Klassische Homöopathie, Neuraltherapie, Naturheilverfahren,
Ernährungsmedizin, Mikro- und Nährstoffmedizin, TCM, medizinische
und psychotherapeutische Hypnose, Umweltmedizin und ergänzende
Zahnmedizin**

32130 Enger, Nordhofstr. 173 Tel. : 05224-994677
www.dieSanfteMedizin.de praxis@dieSanfteMedizin.de

**Möchten Sie täglich wichtige Informationen und News zu den Themen
der Gesundheit und Ernährung bekommen würde ich mich über ein
„Like/gefällt mir“ auf den von mir moderierten Seiten freuen:**

**Facebook: www.facebook.com/DieSanfteMedizin
Facebook: www.facebook.com/OhneSchadstoffe**

**Sehr geehrter Patient, um Ihnen eine ganzheitliche individuelle Medizin anbieten zu
können, wäre es schön, Sie würden so viel Fragen wie möglich beantworten.**
Sollten Sie irgendwelche persönliche Angaben nicht schriftlich machen
wollen, so ist Ihnen dies natürlich freigestellt.

**Ihre Antworten werden gemäß der ärztlichen Schweigepflicht absolut vertraulich
behandelt.**

Bringen Sie bitte ALLE medizinischen Befunde der Vergangenheit mit (Arztberichte,
Krankenhaus- Entlassungsberichte, Blut- und Laborbefunde etc.sofern vorhanden;
ggf. bitte bei den entsprechenden Praxen oder Krankenhäusern anfordern), und wenn
möglich auch eine Aufstellung aller in der Vergangenheit eingenommenen Medikamente/
Nahrungsergänzungsmittel/ homöopathischen Mittel.

WARUM ALL DIESE FRAGEN ?

Sie kommen in meine Praxis weil Sie Beschwerden/ Symptome haben, weil Sie krank
sind. Dieser Zustand ist vergleichbar mit einem mit Wasser gefüllten Fass, welches
zeitweise oder ständig überläuft. Um alle in Frage kommenden Elemente/Faktoren zu
erkennen (Ernährung, Psyche, emotionale Faktoren, Unfälle, Verletzungen, Impfungen,
Vergiftungen, Medikamente, familiäre Veranlagung, Zahnbehandlungen, Umweltfaktoren),
die sich im Laufe der Zeit in diesem Fass angesammelt haben, ist eine ausführliche
Anamnese äußerst wichtig. So ist es dann möglich, ganzheitlich auf diese verschiedenen
Ebenen einzuwirken um den „Wasserpegel“ in dem Fass zu senken, so dass es nicht
mehr überläuft -> Sie keine oder weniger Beschwerden und Symptome haben.

**Sollten sie den Fragebogen mit dem PC ausfüllen, benutzen Sie bitte eine andere Farbe
für Ihre Antworten, damit sich diese deutlich von den Fragen abheben.**

Zur Info:

**Auch Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen können sie bei uns bekommen, wenn sie krank
sind.**

Datum:
Fragebogen von Frau/Herr/Kind/
Vorname:
Geburtsdatum:
Strasse:
Email:
Handy:
Tel. geschäftlich:
Krankenversicherung: gesetzlich versichert / privat / privat + Beihilfe/ Selbstzahler
Name der Versicherung:

Akademischer Grad:
Nachname:
Geburtsstunde:
PLZ/Ort:
Tel. privat:

Was ist IHR wichtigstes Anliegen im Bezug auf Ihren Besuch in meiner Praxis? Warum kommen Sie in meine Praxis?

.....
.....

Jetzige Beschwerden? (seit wann, wo, wie oft, wie lange, bei welchen Gelegenheiten, was haben Sie schon alles versucht um die Beschwerden zu lindern)

Hauptbeschwerde:

.....
.....
.....

Nebenbeschwerden:

.....
.....
.....

Wie ist der Schmerzcharakter? (Z.B. stechen, dumpf, brennend etc.)

Wodurch wird Ihre Hauptbeschwerde beeinflusst:

	kein Effekt auf Beschwerden	besser	schlechter
Bewegung
Sitzen
Stehen
Liegen
Nachts
Morgens
Abends
Jahreszeit(welche)
Kälte
Wärme
Druck
Schlaf
Urlaub

Wenn Sie Ihre Hauptbeschwerde bzw. Schmerzen in einer Skala von 0 bis 100% einteilen sollen, wie stark sind Ihre Beschwerden etwa. Machen Sie **spontan zwei Kreuze** auf der Skala. Für den *schlimmsten Fall ein Kreuz und für den besten Fall ein Kreuz.*

Stärkste vorstellbare Schmerzen/Beschwerden
100%-----90%-----80%-----70%-----60%-----50%-----40%-----30%-----20%-----10%-----0%
neutrales Befinden

Vorerkrankungen, bitte mit Datum ?

.....
.....
.....

Welche Fachärzte oder auch Heilpraktiker haben Sie bereits aufgesucht?

.....
.....
.....

Untersuchungen:

Wann war die letzte Untersuchung, was wurde untersucht; Ergebnis? Welche Werte waren

verändert? Bitte bringen Sie **Befunde** und **Röntgenaufnahmen** (auch Zahnröntgenaufnahmen) mit, soweit vorhanden.

Röntgen:.....
CT:.....
MRT:.....
Labor:.....
EEG/EKG:.....
Magen-/Darmspiegelung:.....

Operationen? Wann war dies jeweils, in welchem Jahr?

-Blinddarmnarbe?	-Mandeln?	-Galle?
-Leiste/Hoden?	-Magen?	-Unterleib?
-Auge?	-Geschlechtsorgane?	-Ohr?
-Finger/Zehen?	-Muttermale?	-Warzen?
-sonstige Narben/Operationen?	Wo?	

Klinikaufenthalte, Krankenhausaufenthalte, Kuren (wann, wieso, wo ?)

.....
.....
.....

Unfälle?

-Knochenbrüche?
-Gehirnerschütterungen?
-Verletzungen der Halswirbelsäule oder des Kopfes?
-Schleudertrauma?
-Verbrennungen?
-Vergiftungen?

Welche Krankheiten (Krebs, Tuberkulose, Diabetes, Herzkreislauf,... usw.) gab es bei:

Mutter?.....Woran verstorben?
Vaters?Woran verstorben?
Großmutter (mütterlicherseits)?.....Woran verstorben?
Großmutter (väterlicherseits)?Woran verstorben?
Großvaters (mütterlicherseits)?Woran verstorben?
Großvaters (väterlicherseits)?Woran verstorben?
Geschwister?Woran verstorben?

Wie viel Geschwister haben Sie? Als wievielte(r) Ihrer Geschwister sind Sie geboren?

Single? – Verheiratet, seit wann.....? – Geschieden, seit wann.....?, - Getrennt
Lebend, seit wann.....? – Verwitwet, seit wann?
Jetzige Lebensgemeinschaft/ Freund/Freundin seit.....mit Mann/Frau ?
Haben Sie Kinder?
--Wann sind diese geboren?
--Wie verliefen die Schwangerschaften?
Krankheiten /Symptome der eigenen Kinder (wenn vorhanden)?

Welche Medikamente/ Nahrungsergänzung/ Kräuter/Pflanzliche Tees/Homöopathische Präparate, nehmen Sie?

1. _____	Dosierung?	Seit wann nehmen Sie dies?
2. _____	Dosierung?	Seit wann nehmen Sie dies?
3. _____	Dosierung?	Seit wann nehmen Sie dies?
4. _____	Dosierung?	Seit wann nehmen Sie dies?
5. _____	Dosierung?	Seit wann nehmen Sie dies?
6. _____	Dosierung?	Seit wann nehmen Sie dies?
7. _____	Dosierung?	Seit wann nehmen Sie dies?
8. _____	Dosierung?	Seit wann nehmen Sie dies?

Rauchen Sie? _____ seit wann? _____ Wie viel? Was?
Haben Sie vor mit Rauchen auf zu hören?
wenn ja: Wann? _____
wenn nein: Warum nicht? _____
Drogen, haben sie jemals Drogen genommen (auch Cannabis) ?

Alkohol, welche Sorte?

Wie oft pro Woche?

Wie viel?

Als Kind gestillt? _____ Wie lange?

Wie war die eigene Schwangerschaft? Gab es Besonderheiten, kamen Medikamente zu Einsatz, gab es starke emotionelle Ereignisse?

Wie war die eigene Geburt?

Wann kamen die ersten Zähne?

Milchschorf?

Wann fing das Sprechen an?

Wann fing das Laufen an?

Psyche:

Was glauben SIE, warum Sie diese Krankheit/ Symptome bekommen haben:

Welchen SINN könnte Ihre Erkrankung für SIE haben??

Was können SIE in Ihrem Leben jetzt ändern um gesund zu werden? Eine Änderung ist sehr wahrscheinlich notwendig, denn Ihr bisheriges Leben hat ja letztendlich dazu geführt dass Sie krank wurden, bzw. nicht gesund bleiben konnten.

Wollen Sie wirklich aus tiefster innerster Überzeugung gesund werden?

Sind Sie spirituell/ gläubig?

Glauben Sie an ein Leben nach dem Tod?

Antriebslosigkeit?

Weinen Sie schnell? Sind Sie nah am Wasser gebaut?

Depressionen?.....Unruhe?.....

Konzentrationsprobleme?..... Gedächtnisstörungen?.....

Selbstwertgefühl ?

Ordentlich, pedantisch?

Ängste (Höhenangst, Gewitter, Dunkelheit, Tiere (Hunde, Spinnen, Schlangen,..., Tunnel, Fahrstuhl, Einbrecher, fremde Menschen, Zukunft, Examen, Gesundheit, um Kinder, um Familie, um Eltern, Horrorfilme.....?)

Gibt es Tiere die Sie besonders mögen oder gegen die Sie eine Abneigung haben.

Können Sie gut allein sein?

Ihr äußeres Erscheinungsbild ist Ihnen: sehr wichtig—wichtig—weniger wichtig—egal

Was war für Sie das am tiefsten gehende emotionale Erlebnis/Verletzung in Ihrem bisherigen Leben?

Welche Musik mögen Sie besonders? Welche Musik berührt Sie emotional?

Welche Berufsausbildung haben Sie?

Was machen Sie im Alltag?

Arbeitsplatzbeschreibung:

Belastende Probleme am Arbeitsplatz?

Belastende Probleme in der Beziehung / Partnerschaft / Partnersuche?

Belastende Probleme mit der Familie?

Belastende Probleme mit Freunden?

Hobbys:

Immunsystem:

Wie oft haben Sie Infekte? _____ Wie oft?

Allergien? _____ -- Pollenallergie (Bäume, Gräser,...) _____

-- Hausstaub _____ -- Nahrungsmittel _____

-- Tiere _____ -- Medikamente _____

-- sonstige.....

Zeckenbisse?

Borreliose?

Nickelallergie?

Aspirin wird: gut vertragen? – nicht vertragen?

Wann hatten Sie das letzte Mal Fieber? _____ Wie oft pro Jahr?

Haut:

Ausschlag? _____ Neurodermitis? _____ Milchschorf? _____

Akne? _____ Herpes? _____ Warzen? _____ Nasenbluten?

Risse zwischen den Zehen? _____ Risse Fingerspitzen? _____

Risse Mundwinkel? _____ Risse Nase? _____

Hornhaut übermäßig? _____ Schnell blaue Flecken? _____

Trockene Haut? _____ Schuppen? _____
Vertragen Sie Schafswolle auf der Haut? _____
Vertragen Sie Modeschmuck? _____ Fettige Haut? _____
Fettige Haare? _____ Trockene Haare? _____
Muttermale? _____ Leberflecken? _____
Wie oft waren Sie in Ihrem Leben im Solarium?
Tätowierungen? _____ Wo? _____ Wann gestochen?
Piercings? _____ Wo? _____ Wann gestochen?
Benutzen Sie Deo Spray? _____ Welches Spray?

Nägel:

Brechen, brüchig? _____ Flecken? _____
Fußnageloperationen? _____
Einwachsende Nägel?
Nagelpilz? _____ --Wo? _____ --Wie viel? _____
Hautfetzen am Nagelrand? _____ Kauen Sie an den Finger / Fußnägeln?

Haare

Ausfall? _____ --Diffus _____ --Regional _____ --Lokalisation _____
Brüchige Haare? _____ Benutzen Sie Haarspray? _____

Ohren

Tinnitus, Ohrgeräusche? _____ Hörfähigkeit eingeschränkt? _____
Ohrenschmerzen? _____ Knacken? _____ Viel Ohrschmalz? _____
Juckreiz? _____ Schwindel? _____ Risse hinter den Ohren? _____
Wann wurden die Ohrlöcher gestochen? _____ Entzündete Ohrlöcher? _____
Kosmetische Operation am Ohr?

Kopfschmerzen

Migräne? _____ --Wie oft pro Monat? _____ --Mit Erbrechen? _____
--Mit Sehstörungen? _____ --Mit Übelkeit? _____ --Mit Durchfall? _____
--Mit anderen neurologischen Störungen? _____
Kopfschmerzen? _____ --Wie oft pro Woche? _____
Ist Sonne auf dem Kopf ein Problem?

Nase

Nasennebenhöhlenprobleme? _____ Schnarchen? _____
Niesen? _____ Niesen in der Sonne? _____ Schleim? _____ Krusten? _____
Wie ist Ihre Luftfeuchtigkeit in Prozent?
--Ihren Wohnräumen?
--An Ihrem Arbeitsplatz?
--Wie viel Stunden fahren Sie Auto, pro Tag? .
Gibt es Schimmelstellen im Haus oder Keller?
Kosmetische Operation an der Nase? _____
Nasenmuschel/ Scheidewand Operationen? _____
Nasenbluten? _____ Wie oft? _____ Spontan? _____ Bei schnäuzen?

Augen

Trockene Augen? _____ Tränen? _____ Juckreiz? _____
Rötungen? _____ Schwellungen? _____
Sehstörungen? _____
Nachtblindheit?Probleme in der Dunkelheit?
Lichtempfindlichkeit?
Grauer Star? _____ Grüner Star? _____
Letzte Augendruck Untersuchung? _____
Letzte Augenhintergrund Untersuchung?
Kontaktlinsen? _____ Seit wann? _____
Augenoperationen? _____ Kosmetische Operation? _____
Seit wann haben Sie eine Brille?
- wann wurde das Gestell/ die Sehstärke das letzte Mal geändert?

Mund/ Rachen

Lippenbändchen als Kind operiert/geschnitten? Wann?
Herpes an den Lippen?
Rachenmandeln = Adenoid = „Polypen“ : noch vorhanden? _____ / wann entfernt? _____
Gaumenmandeln = „Mandeln“ noch vorhanden? _____ / Wenn nicht wann entfernt? _____
Weisheitszähne noch vorhanden? _____ Wenn nicht wann entfernt? _____
Gab es längere Entzündungen nach z.B. Zahnentfernungen?
Gibt es Zähne, die sie ab und zu merken/fühlen/die schmerzen? --Wenn ja welche?
Tote Zähne? _____ Seit wann? _____ Welche? _____
Wurzelspitzenresektionen? _____ Wann? _____ Welche? _____
Wurzelfüllungen? _____ Wann? _____ Welche? _____
Entzündungen an Wurzel? _____ Wann? _____ Welche? _____

Wann war die letzte Röntgenuntersuchung der Zähne: _____ (Übersichtsaufnahme, OPG, DVT, Einzelzahnaufnahme?) **BITTE Aufnahme mitbringen !!!**

Entzündungen Zahnfleisch? _____ Aphten? _____ Wie oft?

Zahnfleisch – empfindliche Stellen? _____ Zahnfleischbluten? _____ Wie oft?

Zahnversiegelungen? _____ wenn ja seit wann?

Metalle:

--Amalgam? _____ --Gold? _____ --Palladium? _____ --Titan? _____

--Kunststoffe? _____ --Keramik? _____ --Implantate? _____

Mundgeruch? _____ Wie oft?

Mundstrom, komisches Gefühl, wenn Sie z.B. Löffel/ Aluminiumdeckel ablecken?

Zungen Belag?

Komischer Geschmack im Mund?

-- Schmeckt nach nichts, oft sauer, oft bitter, oft faulig, oft blutig?

Zahnsparren (von wann bis wann)?Aufbiss Schiene?Seit wann?

Zahndrähte – Retainer? (von wann bis wann)?

Zähneknirschen? _____ Zahnstein? _____ Kiefergelenk knacken? _____

Kiefergelenksknacken?

Welche Zahnpasta nutzen Sie?

Benutzen Sie Mundwasser?

Professionelle Zahnreinigung: Wie oft im Jahr?.....Wann war der letzte Termin?

Name, Adresse und Tel. Ihres Zahnarztes:

Schilddrüse:

Vergrößerung? _____ Entzündung? _____ Zysten?

Knoten? _____ Antikörper? _____ Autoimmunerkrankungen?

Können sie eng anliegende Kleidung am Hals ertragen?

Brustkorb:

Husten? _____ Wie oft? _____ Heiserkeit? _____ Wie oft?

Asthma?Wie oft?

--Allergisch?

--Belastungs- Asthma?

Schmerzen? _____ --beim Atmen? _____ --bei Anstrengung? _____

--nach dem Essen? _____ --nach dem Ärger oder Zorn? _____

Herz / Kreislauf:

Blutdruck?Wann war die letzte Messung? Puls? _____

Herzklopfen? _____ Wie oft?

Herzrasen? _____ Wie oft?

Herzstiche? _____ Wie oft?

Ernährung:

Wie groß sind sie?

Wie viel wiegen Sie?

Gewicht: gleichbleibend starke Zunahme starke Abnahme (Wie viel kg? In welcher Zeit?)

BMI? _____ Fettmasse?

Haben Sie schon mal gefastet? _____ Wann?

Können Sie sich vorstellen in Zukunft mal zu fasten?

Wie oft Obst/frische Obstsäfte? Pro Woche: _____ Pro Tag: _____

Welches Obst?

Wie oft frische Salate (Rohkost)? Pro Woche: _____ Welche Salate/Rohkost?

Wie oft Gemüse/Gemüsesäfte? Pro Woche: _____ Welches Gemüse?

Wie oft Vollkornprodukte? Pro Woche: _____ Pro Tag: _____

Vegetarisch? _____ Vegan? _____

Wie oft Wurst / Wurstaufschnitt/ Fleischaufschnitt? Pro Woche: _____

Wie oft Fleisch? Pro Woche: _____ Welches Fleisch?

Wie oft See-Fisch (auch Lachs auf Brot/ Matjes/ Hering)?

Pro Woche: _____ (wichtig für Jod, Omega 3 Versorgung)

Wie oft frittierte oder panierte Speisen? Pro Woche: _____

Wie viel Eier pro Woche? _____ Wie oft Nüsse? Pro Woche: _____

Welche Öle benutzen Sie? _____ Essen Sie Butter oder Margarine? _____

Wie oft Milchprodukte? Pro Tag: _____ Pro Woche: _____ Welche Milchprodukte? _____

Wie oft Limonaden (Cola)? Pro Woche: _____ Wie oft Light Produkte? Pro Woche: _____

Wie oft Süßigkeiten/ Zucker? Pro Woche: _____

Wie oft Diabetikerprodukte? Pro Woche: _____ Wie oft Zuckeraustauschstoffe? Pro Woche: _____

Welche sonstigen Getränke? _____

--Gesamtflüssigkeits-Menge pro Tag (alle Getränke zusammen) _____ Liter?

--Trinken sie nachts? _____

--Schwarzer Tee, welche Menge? _____

--Grüner Tee, welche Menge? _____
 --Kaffee, welche Menge? _____
 --Energy Drinks? _____
 Essen Sie nachts?
 Kauen Sie zuckerfreie Kaugummis oder Lutschbonbons?
 Was essen Sie besonders gerne? _____
 Was mögen Sie überhaupt nicht? _____
 Was vertragen Sie nicht, von welchen Speisen merken Sie etwas? _____
 Treten Beschwerden auf nach dem Verzehr von:
 -- Brot, Müsli, Kartoffeln, Reis, Nudeln? Gluten-Unverträglichkeit?
 -- Hartkäse, Emmentaler, Rotwein, Thunfisch, Sauerkraut oder Salami? Histamin Unverträglichkeit?
 -- Zuckeraustauschstoffe, Süßungsmitteln, Diabetikernahrung, Diätprodukten bzw. künstlich gesüßten
 Lebensmittel?
 -- Milch oder Milchprodukten? Laktose Unverträglichkeit?
 -- Obst, Obstsäfte, Limonaden? Fruktose Unverträglichkeit?
 Nahrungsmittel Allergien?

Magen- Darm

Blinddarm noch vorhanden?Wenn nicht wann entfernt?.....
 Wann war die letzte Darmkrebsvorsorge?.....Wann war die letzte Darmspiegelung?
 Wann war die letzte Magenspiegelung?
 Stuhlgang? _____ x/Tag _____ x/ Woche -- Hat sich die Häufigkeit verändert?
 Stuhl ist meistens: Hart - normal – weich/breilig – flüssig- wie Schafskot (dunkle Kügelchen)- klebrig?
 Farbe des Stuhlgangs? Dunkelbraun – hellbraun – gelblich – grünlich – rötlich – schwarz ?
 Enthält der Stuhl Beimengungen? Schleim – Blut – unverdaute Speisen – Eiter?
 Hämorrhoiden? _____ Fisteln? _____
 Analfissuren/Risse? _____ Wie oft?
 Magenschmerzen? _____ Wie oft?
 Blähungen, Rumoren/Darmkollern/Darmgeräusche, Völlegefühl im Bauch/Magen? _____ Wie oft?
 Bauchschmerzen? Reizdarm?
 --strahlen in Rücken oder Schulter
 --strahlen gürtelförmig unterhalb des Nabels
 --im rechten Unterbauch
 --sofort nach dem Essen _____ 20 min. nach dem Essen _____ 1 Std. nach dem Essen
 --wann?: morgens - tagsüber - nachts - nüchtern - vor den Mahlzeiten
 Erbrechen?.....Sodbrennen?.....Appetitlosigkeit?.....
 Übelkeit?..... Vor? Während? Nach dem Essen? Besser durch Essen?
 Aufstoßen? _____ Wie oft?
 --wie schmeckt das Aufgestoßene? Nach nichts, oft sauer, oft bitter, oft faulig, oft blutig?
 --Wie ist der Geruch? (übel, faulig, säuerlich, wie Fisch, wie verfaulte Eier, geruchlos)
 Haben oder hatten Sie Würmer oder sonstige Parasiten?
 --Haben Sie Haustiere?
 --Waren Sie im Ausland?

Blase

Entzündungen? _____ Wie oft?
 Urinverlust ?-Bei Husten? _____ --Bei Lachen? _____ --Bei Springen? _____
 Harndrang (Bedürfnis zum Wasserlassen) ? _____ x Am Tag _____ x Mal--In der Nacht?

Niere:

Steine? _____ Gries? _____ Entzündungen? _____ Zysten? _____

Gynäkologie:

Ausfluss?
 Wiederkehrende Infektionen?
 Zyklusblutung alle <2 Wochen ___ alle 2 Wochen ___ alle 3 Wochen ___ alle 4 Wochen
 alle 5 Wochen ___ alle 6 Wochen ___ alle >6 Wochen ___ ganz unregelmäßig ___ keine mehr
 Wie viel Tage starke Blutung? ___ Wie viel Tage leichte Blutung?
 Wie alt waren Sie bei Ihrer ersten Regelblutung?
 Zwischenblutungen?
 Datum der letzten Blutung?
 Unterleibsschmerzen? Wann? Wo?
 Brustschmerzen/Brustschwellung/Spannungsgefühle vor der Regel?
 Wassereinlagerungen?
 Psychische Beschwerden Zyklusbedingt?
 Myome? Zysten?
 Pille? _____ seit wann?
 Ring? _____ seit wann?
 Spirale mit Hormon? _____ seit wann?
 Spirale ohne Hormon? _____ seit wann?

Unerfüllter Kinderwunsch?
Abtreibungen? _____ Wann? _____ Fehlgeburten: _____ Wann? _____
Entbindungen, welches Jahr?
Kaiserschnittnarbe? _____ Wurden Sie nach der Entbindung „genäht“ ?

Prostata- männliches Glied

Entzündungen?
Unerfüllter Kinderwunsch?
Phimose oder Entzündungen der Harnröhre?
Auf 7 Tage geschätzt, werden sie _____ x mal mit einer morgendlichen Erektion wach?
Beschneidung?

Sexualität:

Heterosexuell – Homosexuell – Bisexuell ?
Wie sind Sie mit Ihrem Sexualleben zufrieden auf einer Skala 0-10 (0 = überhaupt nicht zufrieden - 10 = sehr zufrieden)?
Bedürfnis normal? _____ Bedürfnis erhöht? _____ Bedürfnis vermindert? _____
Beschwerden vor / während / nach Geschlechtsverkehr?

Bewegungsapparat:

Arthrose: _____ Welche Gelenke? _____
_____ 1 Gelenk _____ 2 Gelenke _____ 3 Gelenke _____ > 3 Gelenke
Zittern?
Muskelschwäche? _____ Taubheitsgefühle? _____ Kribbelgefühle? _____
Rückenschmerzen, Hernien, Hexenschuss, Ischias?
Krämpfe in den Beinen? _____ Wie oft? _____
Wachstumsschmerzen? _____ Wie oft? _____
Krampfadern? _____
Arthroskopien? _____

Schlaf:

Wie viel Stunden Schlaf brauchen Sie?.....Wie viel bekommen Sie tatsächlich?.....
Einschlafen:
Schnell ___ < 15 min. ___ < 30 min. ___ < 45 min. ___ < 60 min. ___ < 90 min ___ < 120 min
Durchschlafen: ___ 0 x wach ___ 1 x wach ___ 2 x wach ___ 3 x wach ___ > 3 x wach
Schnarchen? _____ Atemaussetzer? _____
Speichelfluss aus dem Mund während des Schlafes?
Lieblings-Schlafposition? _____ Auf was für einer Matratze schlafen Sie?
Schlafwandeln? _____ Hat der Mond Einfluss auf Sie?
Nächtliches Schwitzen? _____ Traumlos? _____
Haben Sie Elektrogeräte im Schlafzimmer, wenn ja welche? _____ Alpträume?

Stoffwechsel:

Gicht?
Diabetes Typ 1? _____ Diabetes Typ 2? _____

Energie:

Allgemein fröstelig? _____ Allgemein viel Körperwärme?
Kalte Hände? _____ Kalte Füße? _____
Heiße Hände? _____ Heiße Füße? _____
Stecken Sie die Füße aus dem Bett? _____ Zugluft Empfindlichkeit? _____
Ausgeprägtes Verlangen nach frischer Luft?
Schwitzen?:
--Schnell? _____ Garnicht?
--Wo? _____ Achsel? _____ Füße? _____ Hände? _____
--Schweißgeruch? :nach was riecht der Schweiß?
Sonne wird:
--gut vertragen? _____ schlecht vertragen?
Frühjahrsbeschwerden? _____ Sommerbeschwerden?
Herbstbeschwerden? _____ Winterbeschwerden?
Wetterfühligkeit?
In den Bergen fühle ich mich: besser -- gleich -- schlechter
Am Meer fühle ich mich: besser -- gleich -- schlechter
Tageszeiten, zu denen ich fit bin:
Tageszeiten, zu denen ich müde/ schlapp/ schwach bin:
Energie: Wie viel Prozent Ihrer „normalen“ Energie stehen Ihnen zurzeit zur Verfügung auf einer Skala 0-100% (0% = überhaupt keine Energie – 100% = sehr gute Energie):

Haben Sie noch Schnellkraft (können sie von jetzt auf gleich einem Bus hinterherlaufen)?
Welchen Sport machen Sie? Wie oft pro Woche?.....Wie lange?
Sauna: _____ x pro Woche? Yoga: _____ x pro Woche? Meditation: _____ x pro Woche?

Impfungen – bitte Impfpass mitbringen !!

Datum Tetanus Impfungen: _____ Datum Diphtherie Impfungen: _____

Datum Polio Impfungen: _____ Datum HPV Impfungen: _____

Datum MMR (Mumps, Masern, Röteln) Impfungen: _____

Datum Hepatitis A Impfungen: _____

Datum Hepatitis B Impfungen: _____ Datum Gelbfieber Impfungen: _____

Datum Keuchhusten Impfungen: _____

Datum FSME / Zecken Impfungen: _____

Wurden Sie gegen Tuberkulose (BCG) geimpft?

Sonstige Impfungen?

Hatten Sie auf Impfungen wahrnehmbare Reaktionen?

Impfreaktion ? (Rötung, Schwellung, Eiter, Müdigkeit, Schwäche, Infekte, Fieber,.....)

Erklärung zur Abrechnung der ärztlichen Leistungen - Behandlungsvertrag (zum Verbleib in der Praxis)

Name des Patienten: _____

Geburtsdatum: _____

Die Abrechnung erfolgt in Anlehnung der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) 1996, wobei einige spezielle diagnostische und therapeutische Leistungen, die auf besonderen Erfahrungen und Fertigkeiten basieren und nicht in der GOÄ aufgeführt sind, analog bewertet und abgerechnet werden müssen. Teilweise werden zudem Laborleistungen angefordert die über das als „allgemein medizinisch notwendige Maß“ hinausgehen, bzw. deren „medizinische Notwendigkeit“ durch Versicherer u.a. auf Grund von Sparmaßnahmen immer öfter in Frage gestellt werden. Fehlende Versicherungen oder Unterversicherungen, sowie beihilferechtliche Vorschriften oder Einschränkungen sind nicht Gegenstand dieses Behandlungsvertrages und erlauben keine Kürzungen unserer Liquidationen, die sich ohne gesonderte Verabredung nach dem 1.8 bis 3,5 fachen Gebührensatz bemessen. Eine Erstattung der Behandlungskosten (auch Fremdkosten wie z.B. Laborkosten, Medikamente die zum Teil nicht wissenschaftlich anerkannt sind,...) durch Erstattungsstellen ist somit möglicherweise nicht bzw. nicht im vollem Umfang gewährleistet. Bei der Behandlung wird einem Off-Label-Use von Medikamenten zugestimmt. Off-Label-Use bedeutet, dass ein Medikament (arzneilicher Wirkstoff) außerhalb seiner arzneirechtlichen Zulassung eingesetzt wird, dies betrifft vor allem Aspekte der Zulassung wie Anwendungsgebiete, Darreichungsform, Dosierung, Einnahmezeitpunkt und Behandlungsdauer. Laborkosten können je nach Indikation und Notwendigkeit bis zu mehreren Hundert Euro betragen. Diese können vor der Blutabnahme abgefragt werden.

Zudem werden folgende Vereinbarungen getroffen:

Ziffer GOÄ 30 (Zeitfaktor: 60 Minuten) kann, wenn dies medizinisch nötig ist, auch häufiger als 1x / Jahr abgerechnet werden (entgegen der Bestimmungen der GOÄ)

Ziffer GOÄ 31 (Zeitfaktor: 30 Minuten) kann, wenn dies medizinisch nötig ist, auch häufiger als 6x / Jahr abgerechnet werden. (entgegen der Bestimmungen der GOÄ)

Ziffer GOÄ 30 (Zeitfaktor: 60 Minuten) „Homöopathische/Orthomolekulare Erstanamnese“ wird in der Regel mit einem 3,5 fachen Faktor abgerechnet (das entspricht einem Betrag von 183,61 Euro)

Ziffer GOÄ A30 (Zeitfaktor: 60 Minuten) „Ernährungsmedizinische Erstanamnese“ in der Regel mit einem 3,5 fachen Faktor abgerechnet (das entspricht einem Betrag von 183,61 Euro)

Ziffer GOÄ A860 (Zeitfaktor: 60 Minuten) „Regulationsmedizinische Anamnese“ wird in der Regel mit einem 3,5 fachen Faktor abgerechnet (das entspricht einem Betrag von 187,69 Euro)

Ziffer GOÄ 31 (Zeitfaktor: 30 Minuten) „Homöopathische/Orthomolekulare Folgeanamnese“ wird in der Regel mit einem 3,5 fachen Faktor abgerechnet werden (das entspricht einem Betrag von 91,80 Euro)

Ziffer GOÄ A31 (Zeitfaktor: 30 Minuten) „Ernährungsmedizinische Folgeanamnese“ wird in der Regel mit einem 3,5 fachen Faktor abgerechnet (das entspricht einem Betrag von 91,80 Euro)

Ziffer GOÄ 1 „Beratung – auch per Telefon“ wird in der Regel mit einem 3,5 fachen Faktor abgerechnet (das entspricht einem Betrag von 16,32 Euro)

Ziffer GOÄ 3 „Eingehende Beratung – auch per Telefon“ wird in der Regel mit einem 3,5 fachen Faktor abgerechnet (das entspricht einem Betrag von 30,60 Euro)

Da es sich bei meiner Praxis um eine reine Terminpraxis handelt, werden Sprechstundentermine/ Behandlungstermine, die nicht rechtzeitig (24 Std. vor dem abgesprochenen Termin) abgesagt werden, in Rechnung gestellt. (30 Min. Termine werden mit mindestens 60.- Euro berechnet und 60 Min. Termine mit mindestens 120.- Euro)

Sämtliche Ansprüche, die aus dem zwischen Arzt und Patient betroffenen Behandlungsvertrag resultieren, können - soweit sie nicht dem gesetzlichen Forderungsübertrag unterliegen - von dem Patienten weder abgetreten noch verpfändet werden. Ausschließlicher Gerichtsstand für alle Streitigkeiten aus diesem Vertrag ist für beide Teile Herford. Die Gebührenordnung für Ärzte liegt zur Einsichtnahme bereit.

Der Patient, sein Vormund oder Erziehungsberechtigter, stimmt hiermit obigem Behandlungsvertrag in allen Punkten zu. Zudem erlaubt der Patient, sein Vormund oder Erziehungsberechtigter, dass nach Paragraph 73 Abs. 1 b Satz 1 SGB V, der Arzt die für die Behandlung erforderlichen Behandlungsdaten und Befunde bei dem Hausarzt und anderen Leistungserbringern anfordern und/oder an diese weitergeben darf. Gerichtsstand ist das Amtsgericht Herford. Sollte eine Bestimmung dieses Vertrages unwirksam sein, wird die Wirksamkeit der übrigen Bestimmungen davon nicht berührt. Die Parteien verpflichten sich, anstelle der unwirksamen Bestimmung eine dieser Bestimmung möglichst nahekommende wirksame Regelung zu treffen.

Enger, den _____ Unterschrift des Patienten _____

(hiermit wird auch bestätigt eine Abschrift dieser Vereinbarung bekommen zu haben)

Unterschrift des Arztes _____

Kopie für den Patienten

Erklärung zur Abrechnung der ärztlichen Leistungen - Behandlungsvertrag

Name des Patienten: _____

Geburtsdatum: _____

Die Abrechnung erfolgt in Anlehnung der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) 1996, wobei einige spezielle diagnostische und therapeutische Leistungen, die auf besonderen Erfahrungen und Fertigkeiten basieren und nicht in der GOÄ aufgeführt sind, analog bewertet und abgerechnet werden müssen. Teilweise werden zudem Laborleistungen angefordert die über das als „allgemein medizinisch notwendige Maß“ hinausgehen, bzw. deren „medizinische Notwendigkeit“ durch Versicherer u.a. auf Grund von Sparmaßnahmen immer öfter in Frage gestellt werden. Fehlende Versicherungen oder Unterversicherungen, sowie beihilferechtliche Vorschriften oder Einschränkungen sind nicht Gegenstand dieses Behandlungsvertrages und erlauben keine Kürzungen unserer Liquidationen, die sich ohne gesonderte Verabredung nach dem 1.8 bis 3,5 fachen Gebührensatz bemessen. Eine Erstattung der Behandlungskosten (auch Fremdkosten wie z.B. Laborkosten, Medikamente die zum Teil nicht wissenschaftlich anerkannt sind,...) durch Erstattungsstellen ist somit möglicherweise nicht bzw. nicht im vollem Umfang gewährleistet. Bei der Behandlung wird einem Off-Label-Use von Medikamenten zugestimmt. Off-Label-Use bedeutet, dass ein Medikament (arzneilicher Wirkstoff) außerhalb seiner arzneirechtlichen Zulassung eingesetzt wird, dies betrifft vor allem Aspekte der Zulassung wie Anwendungsgebiete, Darreichungsform, Dosierung, Einnahmezeitpunkt und Behandlungsdauer. Laborkosten können je nach Indikation und Notwendigkeit bis zu mehreren Hundert Euro betragen. Diese können vor der Blutabnahme abgefragt werden.

Zudem werden folgende Vereinbarungen getroffen:

Ziffer GOÄ 30 (Zeitfaktor: 60 Minuten) kann, wenn dies medizinisch nötig ist, auch häufiger als 1x / Jahr abgerechnet werden (entgegen der Bestimmungen der GOÄ)

Ziffer GOÄ 31 (Zeitfaktor: 30 Minuten) kann, wenn dies medizinisch nötig ist, auch häufiger als 6x / Jahr abgerechnet werden. (entgegen der Bestimmungen der GOÄ)

Ziffer GOÄ 30 (Zeitfaktor: 60 Minuten) „Homöopathische/Orthomolekulare Erstanamnese“ wird in der Regel mit einem 3,5 fachen Faktor abgerechnet (das entspricht einem Betrag von 183,61 Euro)

Ziffer GOÄ A30 (Zeitfaktor: 60 Minuten) „Ernährungsmedizinische Erstanamnese“ in der Regel mit einem 3,5 fachen Faktor abgerechnet (das entspricht einem Betrag von 183,61 Euro)

Ziffer GOÄ A860 (Zeitfaktor: 60 Minuten) „Regulationsmedizinische Anamnese“ wird in der Regel mit einem 3,5 fachen Faktor abgerechnet (das entspricht einem Betrag von 187,69 Euro)

Ziffer GOÄ 31 (Zeitfaktor: 30 Minuten) „Homöopathische/Orthomolekulare Folgeanamnese“ wird in der Regel mit einem 3,5 fachen Faktor abgerechnet (das entspricht einem Betrag von 91,80 Euro)

Ziffer GOÄ A31 (Zeitfaktor: 30 Minuten) „Ernährungsmedizinische Folgeanamnese“ wird in der Regel mit einem 3,5 fachen Faktor abgerechnet (das entspricht einem Betrag von 91,80 Euro)

Ziffer GOÄ 1 „Beratung – auch per Telefon“ wird in der Regel mit einem 3,5 fachen Faktor abgerechnet (das entspricht einem Betrag von 16,32 Euro)

Ziffer GOÄ 3 „Eingehende Beratung – auch per Telefon“ wird in der Regel mit einem 3,5 fachen Faktor abgerechnet (das entspricht einem Betrag von 30,60 Euro)

Da es sich bei meiner Praxis um eine reine Terminpraxis handelt, werden Sprechstundentermine/ Behandlungstermine, die nicht rechtzeitig (24 Std. vor dem abgesprochenen Termin) abgesagt werden, in Rechnung gestellt. (30 Min. Termine werden mit mindestens 60.- Euro berechnet und 60 Min. Termine mit mindestens 120.- Euro)

Sämtliche Ansprüche, die aus dem zwischen Arzt und Patient betroffenen Behandlungsvertrag resultieren, können - soweit sie nicht dem gesetzlichen Forderungsübertrag unterliegen - von dem Patienten weder abgetreten noch verpfändet werden. Ausschließlicher Gerichtsstand für alle Streitigkeiten aus diesem Vertrag ist für beide Teile Herford. Die Gebührenordnung für Ärzte liegt zur Einsichtnahme bereit.

Der Patient, sein Vormund oder Erziehungsberechtigter, stimmt hiermit obigem Behandlungsvertrag in allen Punkten zu. Zudem erlaubt der Patient, sein Vormund oder Erziehungsberechtigter, dass nach Paragraf 73 Abs. 1 b Satz 1 SGB V, der Arzt die für die Behandlung erforderlichen Behandlungsdaten und Befunde bei dem Hausarzt und anderen Leistungserbringern anfordern und/oder an diese weitergeben darf. Gerichtsstand ist das Amtsgericht Herford. Sollte eine Bestimmung dieses Vertrages unwirksam sein, wird die Wirksamkeit der übrigen Bestimmungen davon nicht berührt. Die Parteien verpflichten sich, anstelle der unwirksamen Bestimmung eine dieser Bestimmung möglichst nahekommende wirksame Regelung zu treffen.

Enger, den _____ Unterschrift des Patienten _____
(hiermit wird auch bestätigt eine Abschrift dieser Vereinbarung bekommen zu haben)

Unterschrift des Arztes _____