

Fragebogen & Anamnese

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen vor dem Termin möglichst vollständig aus; bei akuten Beschwerden wie Atemnot, Brustschmerz, Lähmungen, Bewusstseinsstörungen, starken Blutungen oder plötzlicher Verschlechterung wenden Sie sich bitte sofort an den Notruf oder eine ärztliche Notfallversorgung.

Wichtiger Sicherheitshinweis: Dieser Fragebogen ersetzt keine ärztliche Diagnose oder Notfallbehandlung, bei akuten oder unklaren Beschwerden muss vor einer Naturheilkundlichen Behandlung eine ärztliche Abklärung erfolgen.

Stammdaten

Vor- und Nachname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße: _____

Ort: _____

Telefonnummer: _____

E-Mail-Adresse: _____

Hausarzt / behandelnde Ärzte: _____

Krankenversicherung: _____

Notfallkontakt mit Telefonnummer: _____

Zusatzversicherung Heilpraktiker: _____

Einverständnis zur Kontaktaufnahme: ☐ Telefon, ☐ E-Mail, ☐ WhatsApp

Medizinische Vorgeschichte

Vorerkrankungen / Diagnosen: ☐ nein ☐ ja _____

Operationen: ☐ nein ☐ ja _____

Chronische Erkrankungen: ☐ nein ☐ ja _____

Diabetes: ☐ nein ☐ Typ I ☐ Typ II

Allergien: ☐ nein ☐ ja _____

Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Bluthochdruck, Thrombosen oder
Blutgerinnungsstörungen: ☐ nein ☐ ja _____

Implantate, Herzschrittmacher, künstliche Gelenke: ☐ nein ☐ ja _____

Hauptbeschwerden: _____

Seit wann bestehen die Beschwerden? _____

Schmerzintensität 1–10 / Verlauf: ____ / _____

Auslöser / Verschlechterung / Besserung: _____

Begleitsymptome: _____

Dauermedikamente: ☐ nein ☐ ja _____

Allergien / Unverträglichkeiten: ☐ nein ☐ ja _____

Blutverdünner: ☐ nein ☐ ja _____

Lebensstil (freiwillig)

Rauchen: ☐ nein ☐ ja, wie viel? _____

Alkohol: ☐ nein ☐ ja, wie häufig? _____

Bewegung / Sport: ☐ nein ☐ ja _____

Ernährung: besondere Ernährungsform: _____

Schlafprobleme: ☐ nein ☐ ja _____

Berufliche oder private Belastungen: ☐ nein ☐ ja _____

Kinder: ☐ nein ☐ ja

Besteht eine Schwangerschaft: ☐ nein ☐ ja ☐ unklar

Waren Sie schon einmal bei einem Heilpraktiker? ☐ nein ☐ ja

Sonstige wichtige Informationen: ☐ nein ☐ ja, welche? _____

Was wünschen Sie sich? _____

Einwilligung, Datenschutz und Bestätigung

Ich bin über die Verarbeitung meiner Gesundheitsdaten, Schweigepflicht, Behandlungsgrenzen sowie mögliche Kosten und Erstattungsfragen informiert worden.

Ort, Datum: _____ Unterschrift: _____