



Fragebogen Erstbesuch

Naturheilpraxis Konstanz

– Schottenstr. 53, 78462 Konstanz, Tel.: 07531-9 36 10 35 –

I Allgemeine Angaben zur Person

Name	_____	Geburtsdatum	__.:__.:__
Straße	_____	Telefon	____/____
PLZ/Ort	_____	Beruf	_____
E-Mail	_____@_____	Größe (cm)/Gewicht (kg)	____/____
Empfehlung über	_____	Familienstand/Kinder	____/____

II Angaben zur Versicherung

Versicherung Gesetzlich Beihilfe/Post Privatversicherung Privat-zusatzversichert

Name der Versicherung _____

III Hauptbeschwerden

Bitte geben Sie hier Ihre Hauptbeschwerden an

1. _____
2. _____
3. _____

Was war unmittelbar vor dem ersten Auftreten Ihrer jetzigen Beschwerden?

(beispielsweise eine Erkrankung, Kummer, Trauer, Schreck, Operation, Hautauschläge, Medikamente usw.)



IV Weitere Erkrankungen 1

Welche weiteren Erkrankungen treffen für Sie zu?

- Hoher Blutdruck Diabetes Nierenbeschwerden Allergien
- Herzleiden Depressionen Schwindel Asthma
- Migräne/Kopfschmerzen Hautkrankheiten Schilddrüsenbeschwerden Pilze
- Durchfall/Verstopfung Schlafstörungen Durchblutungsstörungen
- Sonstige _____
-
-

IV Weitere Erkrankungen 2

Welche weiteren Erkrankungen treffen für Sie zu?

(1: Eltern, 2: Großeltern, 3: Urgroßeltern, 4: Geschwister)

- | | | | |
|--|---|---|---|
| <input type="radio"/> Krebs
() | <input type="radio"/> Tuberkulose
() | <input type="radio"/> Geisteskrankheiten
() | <input type="radio"/> Geschlechtskrankheiten
() |
| <input type="radio"/> Selbstmord
() | <input type="radio"/> Herzkrankheiten
() | <input type="radio"/> Gefäßkrankheiten
() | <input type="radio"/> Schlaganfall
() |
| <input type="radio"/> Asthma
() | <input type="radio"/> Zuckerkrankheit
() | <input type="radio"/> Rheuma
() | <input type="radio"/> Nierensteine
() |
| <input type="radio"/> Gallensteine
() | <input type="radio"/> Multiple
Sklerose
() | <input type="radio"/> Gicht
() | <input type="radio"/> Allergien
() |
| <input type="radio"/> Schuppenflechte
() | <input type="radio"/> Neurodermitis
() | <input type="radio"/> Migräne
() | |
- Sonstiges () : _____
-
-

V Medikamente

Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit ein?

Bitte Beipackzettel oder Medikament mitbringen. Auch Nahrungsergänzungsmittel angeben.

Wenn ja, welche? Blutfette Zucker Harnsäure Schilddrüse Blutdruck/
Herz Hormone

Sonstige: _____

Wie oft haben Sie in den letzten 12 Monaten Antibiotika eingenommen? _____



VI Kopf

Leiden Sie unter Kopfschmerzen/Migräne?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Wenn ja, wie häufig? _____
Haare	Haarausfall?: <input type="radio"/> kreisrunder <input type="radio"/> vereinzelter <input type="radio"/> nein	Wenn ja, seit wann? _____
Augen	<input type="radio"/> kurzsichtig <input type="radio"/> weitsichtig	<input type="radio"/> Grauer Star <input type="radio"/> Macula-Degeneration <input type="radio"/> Bindehautentzündung <input type="radio"/> Sonstiges: _____
Ohren	<input type="radio"/> Tinnitus? <input type="radio"/> links <input type="radio"/> rechts Seit: _____	Schwerhörigkeit <input type="radio"/> Sonstiges: _____
Zähne/Kiefer	Wurden bei Ihnen Amalgamfüllungen entfernt? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	
	Wurde eine Amalgamausleitung durchgeführt? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	
	Haben Sie wurzelbehandelte Zähne? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	
	Zahnfüllmaterialien:	<input type="radio"/> Amalgam <input type="radio"/> Kunststoff <input type="radio"/> Gold <input type="radio"/> Keramik <input type="radio"/> Sonstiges: _____
Nase	<input type="radio"/> Operationen <input type="radio"/> Nasennebenhöhlenentzündungen	<input type="radio"/> behinderte Nasenatmung <input type="radio"/> verstopft <input type="radio"/> Sonstiges: _____
Mandeln	<input type="radio"/> Operationen <input type="radio"/> häufig Mandelentzündungen als Kind / heute	<input type="radio"/> Sonstiges: _____
Schilddrüse	<input type="radio"/> Operation <input type="radio"/> Autoimmunerkrankung <input type="radio"/> Vergrößerung	<input type="radio"/> Überfunktion <input type="radio"/> Unterfunktion <input type="radio"/> Sonstiges: _____

VII Brust/Bauch

Herz	<input type="radio"/> Beschwerden <input type="radio"/> Stechen <input type="radio"/> Druckgefühl <input type="radio"/> Infarkt	<input type="radio"/> Beklemmung <input type="radio"/> Rhythmusstörungen <input type="radio"/> Sonstiges: _____
Lunge	<input type="radio"/> Bronchitis <input type="radio"/> häufig Husten	<input type="radio"/> Sonstiges: _____
Leber	<input type="radio"/> Entzündungen <input type="radio"/> Hepatitis <input type="radio"/> Erhöhte Leberwerte	<input type="radio"/> Sonstiges: _____
Galle	<input type="radio"/> Operation <input type="radio"/> Steine	<input type="radio"/> Druck im Oberbauch <input type="radio"/> Fettunverträglichkeit

	<input type="radio"/> Koliken	<input type="radio"/> Sonstiges:
Magen	<input type="radio"/> Völlegefühl <input type="radio"/> Gastritis <input type="radio"/> Appetitlosigkeit	<input type="radio"/> Schmerzen <input type="radio"/> Sodbrennen <input type="radio"/> Sonstiges:
Darm	<input type="radio"/> Infektionen <input type="radio"/> Hämorrhoiden <input type="radio"/> Blinddarmoperation	<input type="radio"/> Blähungen <input type="radio"/> Würmer als Kind <input type="radio"/> Sonstiges:
Stuhlgang	<input type="radio"/> täglich <input type="radio"/> jeden 2. Tag <input type="radio"/> jeden 3. Tag <input type="radio"/> jeden 4. Tag <input type="radio"/> unregelmäßig <input type="radio"/> wechselhaft <input type="radio"/> Durchfall <input type="radio"/> Neigung zur Verstopfung <input type="radio"/> übel riechend	<input type="radio"/> Stuhl hell <input type="radio"/> Stuhl dunkel <input type="radio"/> Stuhl hart <input type="radio"/> Stuhl knollig <input type="radio"/> Stuhl schmierig <input type="radio"/> kann Stuhl nicht halten <input type="radio"/> Gefühl, nicht fertig zu werden <input type="radio"/> Sonstiges:

VIII Rücken – Arme – Beine – Haut

Rücken	<input type="radio"/> Beweglichkeit eingeschränkt <input type="radio"/> Verspannungen <input type="radio"/> Belastungen	<input type="radio"/> Schmerzen <input type="radio"/> Sonstiges:
Arme	<input type="radio"/> Verletzungen <input type="radio"/> Schmerzen <input type="radio"/> Tennisellenbogen	<input type="radio"/> Kribbeln <input type="radio"/> Kalte Hände <input type="radio"/> Sonstiges:
Beine	<input type="radio"/> Verletzungen <input type="radio"/> Schmerzen <input type="radio"/> Krampfadern <input type="radio"/> Kribbeln	<input type="radio"/> Taubheitsgefühl <input type="radio"/> Kalte Füße <input type="radio"/> Sonstiges:
Haut/Nägel	<input type="radio"/> Verbrennungen <input type="radio"/> Geschwüre <input type="radio"/> Hautjucken <input type="radio"/> Warzen <input type="radio"/> Pilze	<input type="radio"/> eingewachsene Nägel <input type="radio"/> Nagelbettentzündungen <input type="radio"/> Nägel brüchig <input type="radio"/> reizen ein <input type="radio"/> Sonstiges:
Narben	Haben Sie durch Operationen oder Verletzungen Narben?	<input type="radio"/> Ja – BITTE BEIM BESUCH ZEIGEN <input type="radio"/> Nein

IX Unterleib – Gynäkologie

Gynäkologie	<input type="radio"/> Ausfluss - Eierstockentzündungen <input type="radio"/> Ausschabungen <input type="radio"/> Fehlgeburten <input type="radio"/> Tumore	<input type="radio"/> Zysten <input type="radio"/> Myome <input type="radio"/> Geschlechtskrankheiten <input type="radio"/> Sonstiges:
Menstruation	Wann war die erste Menses? _____ Beschwerden:	Wann die letzte? _____ <input type="radio"/> Vor der Regel



		<input type="radio"/> Nach der Regel <input type="radio"/> Während der Regel
Welche Beschwerden?		
Wechseljahresbeschwerden?		
	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Sonstiges: _____	
Nehmen Sie Verhütungsmittel?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Welche? _____
Prostata	<input type="radio"/> vergrößert <input type="radio"/> Entzündungen gehabt <input type="radio"/> Beschwerden beim Wasserlassen	<input type="radio"/> Sonstiges: _____
Niere/Blase	<input type="radio"/> Nierensteine <input type="radio"/> Entzündungen (Wie häufig Entzündungen? _____)	<input type="radio"/> Sonstiges: _____
Harn	<input type="radio"/> Viel <input type="radio"/> Wenig <input type="radio"/> Häufig	<input type="radio"/> Kann nicht halten <input type="radio"/> Geruch nach _____ <input type="radio"/> Sonstiges: _____
Sexualität	<input type="radio"/> Vermindert <input type="radio"/> Verstärkt <input type="radio"/> Unbefriedigt	<input type="radio"/> Beschwerden beim Geschlechtsverkehr <input type="radio"/> Sonstiges: _____

X Allgemeines

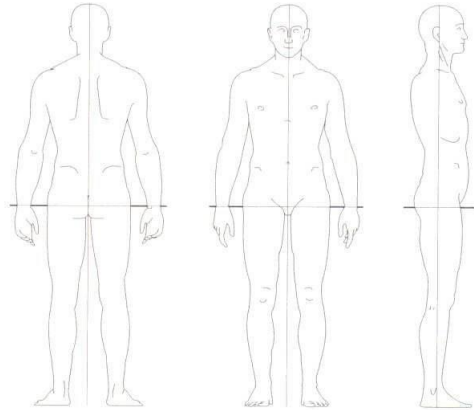
Blutgruppe	_____	Blutdruck	<input type="radio"/> Zu hoch <input type="radio"/> Zu niedrig
Rauchen Sie?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Aufgehört seit _____	Wenn ja, wie viele Zigaretten am Tag?	_____
Wie viel Energie haben Sie? (Von 1 = „nicht optimal“ bis 10 = „optimal“)			
Treiben Sie Sport?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Wenn ja, welchen?	_____
Wie viel Liter trinken Sie am Tag	___, ___ Liter	Was trinken Sie am Tag?	_____
Schlaf	<input type="radio"/> Schlaflosigkeit <input type="radio"/> Häufiges Erwachen (Uhrzeit: _____) <input type="radio"/> Schwierigkeiten beim Einschlafen <input type="radio"/> Sprechen im Schlaf <input type="radio"/> Unruhe in den Beinen	<input type="radio"/> Nachtschweiße <input type="radio"/> Heiße Füße <input type="radio"/> Zähneknirschen <input type="radio"/> Sonstiges: _____	
Schlafzeiten	Übliches zu Bett gehen	_____	Uhr
	Übliches Aufstehen	_____	Uhr



XI Schmerzfragen

Wo treten Schmerzen auf?

Bitte an rechter Abbildung kennzeichnen.



Kreuz X 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

Welche Ereignisse verschlimmern die Schmerzen?

- | | |
|---|--------------------------------------|
| <input type="radio"/> Körperliche Belastung | <input type="radio"/> Nahrungsmittel |
| <input type="radio"/> Längeres Stehen | <input type="radio"/> Husten |
| <input type="radio"/> Sitzen | <input type="radio"/> Niesen |
| <input type="radio"/> Gehen | <input type="radio"/> Tageszeit |
| <input type="radio"/> Stress | <input type="radio"/> Wetterlage |
| <input type="radio"/> Kälte | <input type="radio"/> Monatsblutung |
| <input type="radio"/> Wärme | <input type="radio"/> Sonstiges: |
-

Welche Ereignisse verbessern die Schmerzen?

- | | |
|--------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="radio"/> Ruhe | <input type="radio"/> Sport |
| <input type="radio"/> Schlaf | <input type="radio"/> Schmerzmittel |
| <input type="radio"/> Bewegung | <input type="radio"/> Urlaub |
| <input type="radio"/> Kälte | <input type="radio"/> Sonstiges: |
| <input type="radio"/> Wärme | |
-
-

XII Ernährung

Tageszeit / Tag	Vorgestern	Gestern
Morgens		
Mittags		
Abends		
Zwischenmahlzeiten		
Haben Sie Heißhunger auf ...?	<input type="radio"/> Salziges <input type="radio"/> Süßes <input type="radio"/> Saures	<input type="radio"/> Fettiges <input type="radio"/> Sonstiges: _____
Besteht eine Laktose-, Fruktose- oder Glutenunverträglichkeit?	<input type="radio"/> Ja, Laktoseunverträglichkeit <input type="radio"/> Ja, Fruktoseunverträglichkeit <input type="radio"/> Ja, Glutenunverträglichkeit	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Sonstiges: _____
Welche Lebensmittel vertragen Sie nicht?	_____ _____	
Gegen welche Lebensmittel besteht eine Abneigung?	_____ _____	

XIII Chronologische Krankengeschichte

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

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



.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

XIV Gemüt

Leiden Sie unter Ängsten?

Alleinsein
 Dunkelheit
 Höhenangst
 Krankheiten
 Sonstiges: _____

Sind Sie oft reizbar?

Ja
 Nein
 Bemerkungen: _____

Leiden unter anhaltendem Kummer?

Ja
 Nein
 Bemerkungen: _____

Haben Sie finanzielle Sorgen?

Ja
 Nein
 Bemerkungen: _____

Was ist Ihre größte Sorge im Leben?

Grollen Sie jemandem?

Ja
 Nein
 Bemerkungen: _____

Was ist Ihr größter Wunsch?
Welche Ziele haben Sie im Leben?

Wunsch: _____

Ziele: _____



XV Informationen zu Ihrer Behandlung

Bitte lesen Sie sich folgende Informationen aufmerksam durch und füllen Sie die gelb markierten Felder aus:

Unsere Abrechnungsstelle Mediserv

Um mehr Zeit für Ihre Behandlung und Betreuung zu haben, halten wir unseren Verwaltungsaufwand so gering wie möglich. Deshalb haben wir die Abrechnung an unseren Partner übertragen: Mediserv - Abrechnung und Service für Heilberufe GmbH - 66094 Saarbrücken – Telefon 0681/4000789 - Telefax 0681/400076 - service@mediserv.de

Die mediserv GmbH unterliegt als Abrechnungsgesellschaft den einschlägigen Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes und verarbeitet Patientendaten mit höchster Sorgfalt und absoluter Vertraulichkeit.

Für alle Fragen zur Abrechnung stehen Ihnen bei mediserv Ansprechpartner zur Verfügung. mediserv bietet Ihnen darüber hinaus auch einen Online-Service rund um die Uhr unter www.arztrechnung.de. Für dieses Abrechnungsverfahren benötigen wir Ihr schriftliches Einverständnis. Wir bitten Sie deshalb um Ihre Zustimmung durch Unterzeichnung der umseitigen Erklärung.

Patient: _____ **Geboren:** _____

Adresse: _____

Ich erkläre mich einverstanden mit der

- Weitergabe der zum Zwecke der Abrechnung und Geltendmachung jeweils erforderlichen Informationen, insbesondere Daten aus der Patientenakte (Name, Geburtsdatum, Anschrift, Behandlungsdaten) an die mediserv GmbH; - möglichen Einholung einer Information bei einer Auskunft zur Prüfung meiner Zahlungsfähigkeit;
- Abtretung der sich aus der Behandlung ergebenden Forderungen an die mediserv GmbH; - sicherungsweisen Weiterabtretung der Forderungen durch die mediserv GmbH an die Bank 1 Saar, Saarbrücken.

Ich wurde darüber aufgeklärt, dass die mediserv GmbH die Leistungen meines/r Heilpraktikers/in mir gegenüber im eigenen Namen in Rechnung stellen und für eigene Rechnung einziehen wird. Sollte es über die Berechtigung der Forderung unterschiedliche Auffassungen geben, kann mein/e Heilpraktiker/in in einer etwaigen Auseinandersetzung als Zeuge/Zeugin gehört werden.

Ich entbinde meine/n Heilpraktiker/in von ihrer/seiner Schweigepflicht, soweit dies für die Abrechnung und Geltendmachung der Forderungen erforderlich ist. Meine Zustimmung gilt auch für zukünftige Behandlungen; ich kann diese jederzeit mit sofortiger Wirkung für die Zukunft widerrufen. Ein Exemplar dieser Einverständniserklärung habe ich erhalten.

_____/_____
Ort/Datum **Unterschrift Patient bzw. gesetzlicher Vertreter**

XVI Informationen zur Kostenübernahme und Terminvereinbarung

Patient: _____ **Geboren:** _____

Adresse: _____

Kostenübernahme Kassenpatienten:

Die Kosten der Therapien sowie der verordneten Heilmittel werden durch die gesetzlichen Krankenkassen nicht übernommen. Die Erstberatung kostet 120,- €. Alle weiteren Behandlungen erfolgen nach individueller Absprache und unterliegen nicht dem Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker

Terminvereinbarungen

Termine, die nicht 24 Stunden vor dem vereinbarten Termin abgesagt werden, werden in voller Höhe der vorgesehenen Leistungen als Ausfalleistung in Rechnung gestellt.

Kostenübernahme Privat/Beihilfepatienten:

Die Übernahme der Behandlungskosten sowie der verordneten Heilmittel durch die privaten Krankenversicherer und Beihilfestellen erfolgt unterschiedlich. Dieses hängt u.a. vom jeweiligen und individuellen Tarif ab.

Die Abrechnung ist nicht an die Gebührenverordnung für Heilpraktiker gebunden. Innerhalb eines Kostenvorschlags, der vor Behandlungsbeginn erstellt wird, wird auf Abweichungen hingewiesen.

Die Erstberatung kostet 150,- € und es muss mit einer Zuzahlung von ca. 50,- € gerechnet werden.

Unabhängig von einer abweichenden Beurteilung der medizinischen Notwendigkeit, einer medizinisch-wissenschaftlichen Anerkennung der durchgeführten Therapien und Diagnostik oder einer abweichenden Erstattung durch Beihilfestellen oder privaten Kranken-Versicherungen ist der Rechnungsbetrag in voller Höhe zu zahlen.

Terminvereinbarungen

Termine, die nicht 24 Stunden vor dem vereinbarten Termin abgesagt werden, werden in voller Höhe der vorgesehenen Leistungen als Ausfalleistung in Rechnung gestellt.

Hiermit bestätige ich, dass ich mich vor der Behandlung über die oben aufgeführten Leistungs- und Abrechnungsmodalitäten informiert habe und ich diese verstanden habe.

_____/_____
Ort/Datum

Unterschrift Patient bzw. gesetzlicher Vertreter
