

NATUR – UND SPORTHEILPRAXIS CARLA BAUER

Ganzheitliche Behandlung von Erkrankungen des Bewegungsapparates
Heilpraktikerin

Patientenformular / Anamnesebogen

Name: _____ Vorname: _____
Geb. Datum: _____
Straße: _____
PLZ/ Ort: _____
Telefon/ Privat: _____
Mobil: _____
Email: _____

Bitte ankreuzen:

- Zusatzversicherung für Heilpraktiker
- Private Krankenkasse
- Beihilfe
- Selbstzahlerleistung

Meine Leistungen werden ggf. nicht bzw. nicht in vollem Umfang von den Krankenkassen übernommen. Somit weise ich darauf hin, dass der Patient, unabhängig davon, die Leistungen in vollem Umfang zu tragen hat.

Angaben zur Person

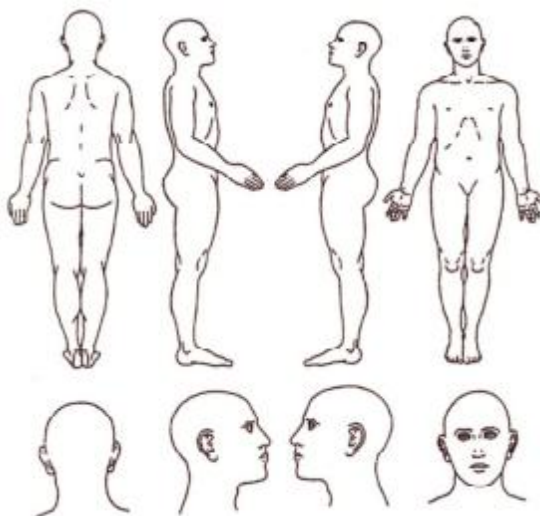
-Körpergröße: _____
-Gewicht: _____
-Familienstand: _____
-Beruf: _____

-Welche Beschwerden führen Sie in meine Praxis?

Wie sind sie auf meine Praxis aufmerksam geworden? Empfehlung durch: _____

___ Arzt, ___ Familie, ___ Bekannte(r), ___ Zeitung, ___ Internet, ___ Praxisschild, ___ Sonstiges

Bitte malen Sie in die nachfolgenden Körperschemata ein, an welchem Körperteil Ihre Schmerzen auftreten.



Bitte kreisen sie den/die Ort(e) ihrer Schmerzen ein und markieren sie diese mit folgenden Zahlen:
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
keine Schmerzen stärkste vorstellbare Schmerz

- Werden die Beschwerden/ Schmerzen durch Bewegung _____ besser, _____ schlechter, _____ kein Einfluss
- Treten die Schmerzen _____ in Ruhe, _____ nachts, _____ tags, _____ Wärme, _____ Kälte auf?
- Werden die Schmerzen durch Wetteränderung beeinflusst? _____ ja, _____ nein
- Was wurde bisher unternommen und welche Untersuchungsverfahren wurden bis jetzt eingesetzt?

- Gibt es aktuelle Röntgenbilder oder Ergebnisse von Blutuntersuchungen von ihnen? _____ja / _____nein
- Wer ist ihr Hausarzt? _____
- Wer ist ihr Orthopäde? _____
- Bei welchen Therapeuten waren sie auf Grund ihrer Beschwerden vorher?

-Haben sie Allergien? ____ja / ____nein (wenn ja, welche?)

- Gräser / Pollen_____
- Nahrungsmittel_____
- Bienen-/Wespen-/ Insektenstiche_____
- Kontaktallergien_____
- Sonstige_____

-Welche Operationen wurden bisher bei ihnen durchgeführt und wann?

-Sind sie Raucher/ in? ____ ja, ____ nein

-Trinken Sie mehr als 2x/ Woche Alkohol? ____ ja, ____ nein

-Leiden oder litten sie unter einer oder mehrerer der folgenden Erkrankungen?

Zutreffendes bitte ankreuzen.

- Herz- Kreislaferkrankungen (z.B. Herzinfarkt): ____ja/ ____nein. Seit wann_____
- Bluthochdruck/ Schlaganfall: ____ja/ ____nein. Seit wann_____
- Haben sie Hepatitis A/ B oder C: ____ja/ ____nein. Seit wann_____
- Immunschwäche /akute Infektionskrankheiten: ____ja/ ____nein. Seit wann_____

Welche:_____

- Lungenerkrankungen /Asthma: ____ja/ ____nein. Seit wann_____
- Nephrologische Erkrankungen (Nierenerkrankungen): ____ja/ ____nein. Seit wann_____
- Seelische Erkrankungen: ____ja/ ____nein. Seit wann_____
- Diabetes Typ 1 oder 2: ____ja/ ____nein. Seit wann_____
- Krebserkrankungen : ____ja/ ____nein. Seit wann_____

Welche:_____

- Schilddrüsenerkrankungen : ____ja/ ____nein. Seit wann_____
- Bluterkrankungen (z.B. Hämophilie, Anämie): ____ja/ ____nein. Seit wann_____

Welche:_____

- Häufiges Nasenbluten, Blutergüsse, auch ohne Verletzung bzw. nach leichter Berührung, Gerinnungsstörung : ____ja/ ____nein. Seit wann_____

- Erkrankungen des Verdauungssystems: ____ja/ ____nein. Seit wann_____

Welche:_____

- Magengeschwür, evtl. blutend: ____ja/ ____nein. Seit wann_____

- Rheumatische Erkrankungen: ____ja/ ____nein. Seit wann_____

Welche:_____

- Erkrankungen des Bewegungsapparates: ____ja/ ____nein. Seit wann_____

Welche:_____

- Erkrankungen der Wirbelsäule(z.B. Gleitwirbel, Bandscheibenvorfall):

____ja/ ____nein. Seit wann_____

Welche:_____

- Hauterkrankungen: ____ja/ ____nein. Seit wann_____

- Keloidbildung/überschießendes Narbengewebe: ____ja/ ____nein. Seit wann_____

- Osteoporose: ____ja/ ____nein. Seit wann_____

- Gefäße: Krampfader, Thrombosen, Durchblutungsstörungen? ____ja/ ____nein.

-Tritt/trat eine dieser Erkrankungen (gehäuft) in ihrer Verwandtschaft auf? ____ja/ ____nein.

Wenn Ja,welche:_____

- Durst - trinken Sie genug Wasser ___ja ___nein, wie viel L___
- Gewichtsveränderung ___ja ___nein
- Schlaf (Stunden / Nacht)? _____
- Stress ___ja ___nein

-Freizeitaktivitäten, welche _____

-Welche Medikamente nehmen sie zurzeit ein?

(Bitte führen Sie nicht nur Ihre Schmerzmedikamente, sondern alle Medikamente incl. Naturheilmittel auf. Wichtig sind auch Blutverdünner wie Marcumar, ASS... o.Ä).

Name	Dosierung Art (Zäpfchen;Tropfen, Tabletten....)	Wie oft? (täglich,bei Bedarf...)	Zeitraum von_____ bis_____

-Was erwarten Sie von einer Behandlung bei mir?

Mir ist bekannt, dass:

-Termine die meinerseits weniger als 24 h vorher abgesagt werden, in Rechnung gestellt werden können.

- sollte meinerseits einen Termin zur Blutegelbehandlung abgesagt werden, muss dieser Termin auf Grund der fachgerechten Haltung der Egel innerhalb von14 Tagen nachgeholt werden. Ansonsten kann Frau Bauer mir die Egel in Rechnung stellen, sofern sie diese nicht für einen anderen Patienten verwenden kann.

Zudem bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben und bin darüber informiert, Änderungen dieser zeitnah mitzuteilen.

 Ort/Datum

 Unterschrift

Vielen Dank, dass sie sich für die Beantwortung der Fragen Zeit genommen haben!

Ihre Natur-und Sportheilpraxis Carla Bauer

Natur-und Sportheilpraxis Carla Bauer
 Am Hilgenberg 69
 34128 Kassel
 Tel: 0561/6027130