

## Persönliche Daten

Patientennummer: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_ Nachname: \_\_\_\_\_

*Bei Minderjährigen bitte zusätzlich Vor- und Nachname des Erziehungsberechtigten/des Versicherten:*

Vorname: \_\_\_\_\_ Nachname: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Telefon privat: \_\_\_\_\_ Telefon geschäftlich: \_\_\_\_\_

Telefon mobil: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

privat versichert bei:

*(Abrechnung nach der Gebührenordnung für Heilpraktiker. Bitte erkundigen Sie sich, ob Ihre Kasse die Leistungen übernimmt.)*

gesetzlich versichert bei:

*(Bitte informieren Sie sich über Preise und Rabatte für Selbstzahler!)*

Zusatzversicherung für Heilpraktiker bei: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

Woher kennen Sie meine Praxis: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Informationen zur Abrechnung:

Ich möchte Sie darüber informieren, dass Sie unmittelbar zahlungspflichtiger Vertragspartner mit mir sind.

a) Sie sind gesetzlich versichert:

Naturheilkunde wird nicht von den gesetzlichen Krankenkassen erstattet. Informieren Sie sich bitte über meine Preise. Die Barzahlung erfolgt in der Regel unverzüglich nach jeder Behandlung. Fragen Sie evt. bei Ihrer Versicherung nach, ob Sie eine Zusatzversicherung abschließen können, die die Kosten für Heilpraktiker ganz oder anteilig übernimmt.

b) Sie sind privat- oder zusatzversichert:

Die Zentrale Abrechnungsstelle für Heilpraktiker GmbH (ZAS) übernimmt für mich die Erstellung der Abrechnung. Sie erhalten eine Rechnung lt. GebüH (Gebührenverordnung für Heilpraktiker).

Anmerkung: Ich arbeite in dieser Praxis diagnostisch und therapeutisch konzeptorientiert zum Wohl Ihrer Gesundheit. Die Kombination der Maßnahmen basieren auf meiner langjährigen Erfahrung und wird individuell Ihren Beschwerden angepasst. Einige private Krankenkassen haben hierzu einige Richtlinien, die dazu führen, dass manchmal nicht alle Leistungen übernommen werden. Ich behalte mir vor, an einem Tag zu beraten und zu untersuchen und naturheilkundlich zu behandeln. Für eine volle Erstattung meiner Leistungen durch Ihre Krankenversicherung kann ich leider nicht garantieren.

### Terminvereinbarung:

Um längere Wartezeiten zu vermeiden, reserviere ich für Sie Termine. Ich möchte Sie darauf hinweisen, dass Terminabsagen 24 Stunden vor Ihrem mit uns vereinbarten Termin nicht berechnet werden. In allen anderen Fällen sind wir nach BGB §252 berechtigt die Praxisausfallkosten in Höhe von EUR 35,- in Rechnung zu stellen.

Bitte unterzeichnen Sie Ihre Kenntnisnahme, die Richtigkeit Ihrer gemachten Angaben und Ihr Einverständnis zu Angaben im Fragebogen.

Patientenname: \_\_\_\_\_  
*Bitte in Druckbuchstaben*

Buxtehude, den \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

## Ich und meine (Kranken-) Geschichte

Geburt:  normale Geburt  Kaiserschnitt  Geburt mit Hilfsmitteln

Andere Komplikationen: \_\_\_\_\_

Gibt es in der Familie bestimmte Krankheiten, die häufig aufgetreten sind?  nein  ja

Welche? \_\_\_\_\_

Welche nennenswerten Krankheiten gab es in der Kindheit?  keine

\_\_\_\_\_ im Alter von \_\_\_\_ Jahren

Gab es Kinderkrankungen mit Komplikationen?  nein  ja

Welche? \_\_\_\_\_

Gab es Unfälle/Stürze?  nein  ja

Welche und wann? \_\_\_\_\_

Gab es Operationen?  nein  ja

Welche und wann? \_\_\_\_\_

Ich habe in den letzten zwei Jahren Impfungen erhalten. Welche? \_\_\_\_\_

Welche nennenswerten Krankheiten gab es in der vergangenen Zeit?  keine

\_\_\_\_\_ Wann? \_\_\_\_\_

Wie oft hatten Sie in den vergangenen 12 Monaten Erkältungen oder grippale Infekte? \_\_\_\_\_

Ich nehme Langzeitmedikamente ein  nein  ja, welche? \_\_\_\_\_

Waren Sie schon einmal in naturheilhandlicher Behandlung?  nein  ja

Zuletzt am: \_\_\_\_\_ bei: \_\_\_\_\_

## So geht es mir im Moment

Ich habe keine Beschwerden. Ich komme aus prophylaktischen Gründen her.

Ich habe Beschwerden im Bereich:

Bewegungsapparat

Organe

Andere: \_\_\_\_\_

Meine Beschwerden sind akut seit: \_\_\_\_\_ Tagen \_\_\_\_\_ Wochen

Meine Beschwerden sind chronisch seit: \_\_\_\_\_ Monaten \_\_\_\_\_ Jahren

Meine Beschwerden treten immer wieder auf.

Gab es Ursachen?  nein  weiß nicht  ja, welche \_\_\_\_\_

Beschreiben Sie was Ihnen wichtig ist und welches Ihre Ziele sind: \_\_\_\_\_

Waren Sie damit schon in Behandlung?  nein  ja

Bei wem sind/waren Sie damit in Behandlung?

Arzt  Zahnarzt  Heilpraktiker  Osteopath  Physiotherapeut

Diagnose/n: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Adresse: \_\_\_\_\_

(seit) wann: \_\_\_\_\_ Therapie: \_\_\_\_\_

Nehmen Sie zurzeit Medikamente?  nein  ja, seit \_\_\_\_\_

Schmerzmedikamente  Entzündungshemmer  Diabetesmedikamente

Herz- bzw. Blutdruckmedikamente  Andere: \_\_\_\_\_

Ich habe:  Amalganfüllungen  tote Zähne  Narben  Andere: \_\_\_\_\_

Sind Sie schwanger?  nein  ja, in der \_\_\_\_\_ Woche

Ich leider unter:  schlechtem Allgemeinbefinden  Verspannungen  Steifheit

Stimmungsschwankungen

innere Unruhe

Vergesslichkeit

Schwindel

Kopfschmerzen

Migräne

starkem Schwitzen

Kurzatmigkeit

rheumatischen

Sodbrennen

Ödeme (geschwollene Füße)

Beschwerden

andere Symptome:

---



---



---



---

## Motivation

Wie stark sind Sie daran interessiert, an Ihrem Leben etwas zu ändern?

sehr stark

nicht unbedingt

gar nicht

Beschreiben Sie was Ihnen wichtig ist und welches Ihre Ziele sind:

---



---



---



---



---

Name: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_