



Christina Burg  
Bahnwärterweg 108  
50733 Köln

**Liebe Patientin, lieber Patient,**

hiermit lasse ich Ihnen vorab der eigentlichen  
Behandlung diesen Aufnahme - und  
Anamnesebogen zukommen.  
Ich bitte Sie, ihn nach dem Ausfüllen an die  
hier genannte Adresse zurückzusenden.

**Name:**

**Vorname:**

**Straße:**

**Ort:**

**Geburtsdatum:**

**Telefon:**

**Email:**

**Beruf:**

**Krankenkasse:**

**Zusatzversicherung:**

**Größe:**

**Gewicht:**

**1. Aktuelle Beschwerden:**

**2. Bisherige Impfungen? Bitte halten Sie zum Behandlungstermin den Impfausweis bereit!**

**3. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein (z.B. gerinnungshemmende Medikamente, wie Marcumar usw.)? Wenn ja, welche? Bitte halten Sie zum Behandlungstermin die entsprechenden Medikamente bereit!**

**4. Gab es eine Cortison Einnahme über einen längeren Zeitraum?**

**5. Sind Allergien / Unverträglichkeiten (z.B. gegen Medikamente) bekannt? Wenn ja, welche? Bitte halten Sie zum Behandlungstermin den Allergiepass bereit!**



6. **Bestehen Implantate, Transplantate, Prothesen, Herzschrittmacher?**
7. **Liegt eine Schwangerschaft vor oder besteht die Möglichkeit einer Schwangerschaft?**
8. **Hatten Sie Kinderkrankheiten (z.B. Masern, Röteln, Windpocken, Mumps, Scharlach)?  
Wenn ja, welche?**
9. **Welche Erkrankungen sind in Ihrer Familie bekannt (Eltern, Großeltern)?**
10. **Welche Erkrankungen wurden bei Ihnen bisher festgestellt? Hatten Sie Operationen und Unfälle? Wenn ja, welche? Bitte halten Sie zum Behandlungstermin entsprechende Unterlagen bereit!**
11. **Sind bei Ihnen Infektionskrankheiten, wie HIV oder Hepatitis bekannt?**
12. **Ist bei Ihnen ein Diabetes mellitus bekannt?**
13. **Welche Beschwerden haben Sie oder welche Auffälligkeiten bestehen? Bitte ergänzen!**
  - **Kopf:**
    - Kopfschmerzen:
    - Augen:
    - Ohren:
    - Nase / Nebenhöhlen:
    - Hals / Mandeln:
  - **Brust:**
    - Speiseröhre:
    - Herz:



- Lunge / Bronchien:

- **Bauch:**

- Leber / Galle:

- Magen / Darm:

- Stuhlgang:

- **Unterleib:**

- Niere / Blase:

- Harn:

- Geschlechtsorgane:

- **Rücken:**

- **Haut:**

- **Extremitäten:**

- **Allgemein:**

- Nachtschweiß:

- Gewichtsverlust:

**14. Sonstiges / Besonderheiten / Anmerkungen:**

**Patientenerklärung:**

Ich bin informiert worden, dass die Abrechnung in dieser Heilpraktikerpraxis nach der geltenden Gebührenordnung für Heilpraktiker erfolgt. Mir ist bewusst, dass gesetzliche Krankenkassen die Behandlungskosten nicht übernehmen. In diesem Fall ist der Betrag in bar zu entrichten. Private und Beihilfeberechtigte Krankenkassen übernehmen die Kosten evtl. nur anteilweise. Im Falle von ausstehenden Beträgen gehen diese zu meinen Lasten.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift