

Anamnesebogen und Behandlungsvertrag

Liebe Patientin, lieber Patient,

hiermit lasse ich Ihnen vorab der eigentlichen Behandlung diesen Aufnahme - und Anamnesebogen zukommen (was gleichzeitig auch den Behandlungsvertrag darstellt). Ich bitte Sie, ihn ausgefüllt zum 1. Behandlungstermin mitzubringen!

Name:

Vorname:

Straße:

Ort:

Geburtsdatum:

Telefon:

Email:

Beruf:

Krankenkasse:

Zusatzversicherung:

Größe:

Gewicht:

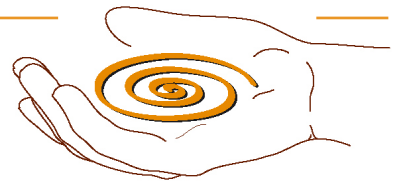
1. Aktuelle Beschwerden:

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 nach der Behandlung zu überweisen. Private und Beihilfeberechtigte Krankenkassen übernehmen die Kosten evtl. nur anteilweise. Im Falle von ausstehenden Beträgen gehen diese zu meinen Lasten.

Datum

Unterschrift