

Naturheilpraxis agape lifestyle

Anamnese - Fragebogen

agape lifestyle - Heilpraktikerin Sabine Becker
Wittelsbacherstr. 2/2.OG – 82319 Starnberg - Tel.: 0170 41 31 239
Fax: 08158-9053956 (kommt auf meinen PC!) – Mail: info@agape-lifestyle.de



Name _____ Geburtstag _____
Vorname _____ Tel. Privat _____
Straße _____ Tel. Beruf _____
PLZ – Ort _____ FAX _____
Beruf _____ E-Mail _____
Wer hat uns empfohlen? _____ Familienstand/Kinder _____

Versicherung:

Selbstzahler – gesetzliche KV (AOK, DAK usw.) Beihilfe/Post Privat-Versicherung

Anleitung

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen genau aus. Bei den Beispielen genügt es zu unterstreichen, sofern diese zutreffen; ansonsten mit eigenen Worten beantworten. Bitte nehmen Sie sich genug Zeit.

Was ist Ihr Wunsch an uns, was ist Ihr konkretes Ziel?

1.

2.

3.

Was war unmittelbar vor dem ersten Auftreten Ihrer jetzigen Beschwerden?

z.B. eine Erkrankung, Kummer, Unfall, Trennung, Tod, Abschied, Trauer, Schreck, Operation, Hautausschläge, Medikamente, Schwangerschaft (Hormone) usw.

Welche Krankheiten sind Ihnen in Ihrer Familie bekannt? Eltern, Großeltern, Urgroßeltern, Geschwister.

z.B. Krebs, Tuberkulose, Herzerkrankung, Gefäßerkrankung, Schlaganfall, Geisteskrankheiten, Geschlechtskrankheiten, Selbstmord, Asthma, Diabetes, Rheuma, Nierensteine, Gallensteine, Multiple Sklerose, Gicht, Allergien, Schuppenflechte, Neurodermitis, Migräne.....

Welche Impfungen und Auffrischungen haben Sie bekommen? Bitte Impfausweis abfotografieren.

z.B. Tuberkulose (BCG), Polio (Kinderlähmung), Diphtherie, Tetanus, Hepatitis, Cholera, Gelbfieber, Pocken, Grippe, Zecken, usw.

Gab es Reaktionen auf Impfungen?

z. B. Fieber, Krämpfe, Unruhe, Schlaflosigkeit, Verhaltensveränderungen.

Welche Infektionskrankheiten haben Sie durchgemacht?

Masern, Mumps, Röteln, Keuchhusten, Windpocken, Scharlach, Tetanus, Kinderlähmung (Polio), Malaria, Salmonellose, Ruhr, Pfeiffersches Drüsenfieber (EVB-Virus), Gonorrhöe (Tripper), Syphilis, Tropenkrankheiten, Tuberkulose, Herpes Zoster, Herpes Simplex, Herpes Labialis, Borreliose, Zeckenbiss (wann? Behandlung?) usw.

Gibt es bekannte Allergien?

Pollen / seit wann

Nahrungsmittel

Weitere

Reaktionen?

Augen, Nase, Atmung, Haut, Müdigkeit, Gelenke,

Kopf

Leiden Sie unter Kopfschmerzen? Falls ja,

häufig, selten, Stirn-Augen-Schläfen-Hinterhauptregion, morgens, abends
halbseitig - links - rechts - doppelseitig -

Haare Haarausfall, kreisrunder, vereinzelter, seit wann.....

Augen Bindehautentzündung, kurzsichtig, weitsichtig, Grauer Star, Macula-Degeneration usw.

Ohren links / rechts, Tinnitus seit..... Schwerhörigkeit seit..... andere.....

Zähne/ Kiefer Haben Sie noch Amalgamfüllungen? Ja Nein
Wurden bei Ihnen Amalgamfüllungen entfernt? Ja Nein
Wurde eine Amalgamausleitung durchgeführt? Ja Nein

Mit welchen Medikamenten? Wie lange?

.....

Haben Sie Wurzelbehandelte Zähne, wenn ja welche? Wie viele?

.....

.....

Zahnfüllmaterialien Amalgam Kunststoff Gold Keramik

Nase Operationen, Nasennebenhöhlenentzündungen, behinderte Nasenatmung, Nase verstopft, chron. Schnupfen?

Mandeln Operation, häufig Mandelentzündungen als Kind / heute?

.....

Brust und Bauch

Herz	Beschwerden, Stechen, Druckgefühl, Infarkt, Beklemmung, Rhythmusstörungen
Lunge	Bronchitis, häufig Husten, Asthma
Leber	Entzündung – Hepatitis, druckempfindlich, Schmerzen
Galle	Steine, Koliken, Operation, Druck im Oberbauch, Fettunverträglichkeit, analer Juckreiz
Magen	Völlegefühl, Gastritis, Appetitlosigkeit, Schmerzen vor oder nach dem Essen stärker?, Nahrungsmittelunverträglichkeiten, Allergien
Darm	Infektionen, Hämorrhoiden, Blinddarmoperation, Blähungen – Geruch, Reizdarm, Morbus Chron, Colitis Ulcerosa, Darm-OP?
Stuhlgang	täglich, jeden 2.3.4. Tag, unregelmäßig, Neigung zur Verstopfung, Neigung zum Durchfall, Stuhl hell, dunkel, übel riechend, hart, knollig, weich, schmierig, pastenartig, kann Stuhl nicht halten, Gefühl, nicht fertig zu werden, Stuhlgang wechselhaft usw.

Rücken – Arme – Beine - Haut

Arme	Verletzungen, wann? Schmerzen, Tennisellenbogen, Kribbeln, kalte Hände usw.
Beine	Verletzungen, wann? Schmerzen, Krampfadern, Operationen, Verletzungen, kalte Füße, Kribbeln, Taubheitsgefühl
Rücken	Beweglichkeit, Verspannungen, Belastungen, Rheuma
Haut/Nägel	Verbrennungen, Geschwüre, Hautjucken, Warzen, Pilze, eingewachsene Nägel, Nagelbettentzündungen
Narben	Haben Sie durch Operationen, Schwangerschaft, Verletzungen, Narben? 0 Ja , wo? 0 Nein

Hormone

Gynäkologie	Ausfluss - Eierstockentzündungen, Ausschabungen, Fehlgeburten, Abgänge, künstliche Befruchtungen, Tumore, Zysten, Myome, Geschlechtskrankheiten, KiWU Behandlung aktuell oder früher?
Menses	Wann war die erste Periode..... wann die letzte..... Beschwerden vor - nach - während der Regel - welche? Klimakterische Beschwerden, Schlafstörungen, Gelenkschmerzen, Stimmungsschwankung, Gewicht, chronische Müdigkeit, Haarausfall, trockene Schleimhäute, Osteoporose?
Prostata	vergrößert, Entzündungen, Beschwerden beim Wasserlassen, Wert PSA?
Vit. D + K2	Wert? Einnahme Dosis?
Nehmen Sie hormonelle Verhütungsmittel?	Welche

Hormonerkrankung Diabetes, Hypophysenadenom, Einnahme?

Schilddrüse Über- oder Unterfunktion, Vergrößerung, Knoten, Operation, wann? Medikamente - Dosierung? Blutwerte?

Niere/Blase Nierensteine, Entzündungen – häufig, wiederholt jährlich wie oft?

Harn viel, wenig, häufig, kann nicht halten, kleine Mengen häufiger, Geruch?

Allgemeines

Mein aktuelles Körpergewicht Meine Körpergröße

Meine Blutgruppe Mein Blutdruck

Trinken Sie Alkohol? Rauchen Sie?

Leben Sie nach bestimmten Ernährungsrichtlinien?

Wieviele Mahlzeiten essen Sie über den Tag?

Essen Sie ballaststoffreich, fett- oder eiweißarm? Ja/nein

vegetarisch, vegan, glutenfrei, sonstiges?

Wieviel Liter und was trinken Sie pro Tag?

Wieviel Kaffee/aufputschende Getränke trinken Sie pro Tag?

Nehmen Sie Zuckerersatzstoffe zu sich?

Treiben Sie Sport? Welchen, seit wann?

Schlaf Schlaflosigkeit, häufiges Erwachen, Toilettengang (Uhrzeit), Schwierigkeiten beim Einschlafen, Sprechen im Schlaf, Unruhe in den Beinen, Nachtschweiße, heiße Füße, Zähneknirschen, Hitzewallungen, Gelenkschmerzen, Herzrasen

Schlafzeit übliches zu Bett gehen übliches Aufstehen.....

Wie ist Ihr Gemütszustand? Punkte 1-10

Sind Sie gestresst? Ja/nein und warum?

Sind Sie gereizt? Ja/nein und warum?

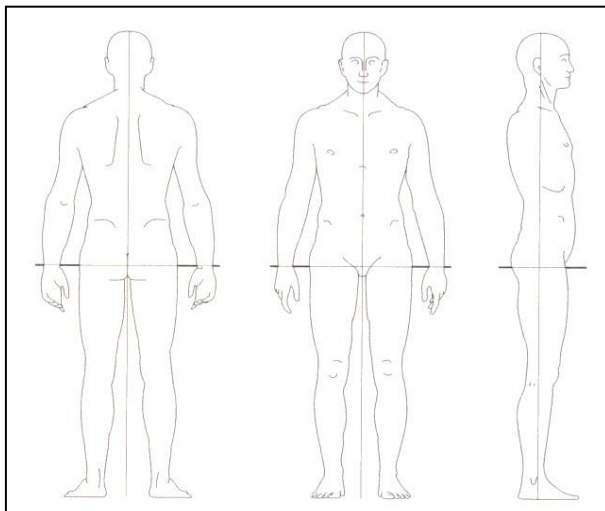
Sind Sie schnell grundlos erschöpft? Ja/nein?

Sind sie glücklich?

Was stört Sie in Ihrem Leben?

Wo treten Schmerzen auf? Bitte kennzeichnen

- Kreuz - 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

Wie ist das Schmerzempfinden? Ziehend, brennend, stechend, klopfend, drückend, krabbelnd, reißend, kolikartig, krampfend, dumpf, beengend, bohrend

Welche Ereignisse verschlimmern? Körperliche Belastung, längeres Stehen, Sitzen, Gehen, Stress, Kälte, Wärme, Nahrungsmittel, Husten, Niesen, Tageszeiten, Wetterlage, Monatsblutung, Sonstiges?
.....

Welche Ereignisse verbessern? Ruhe, Schlaf, Bewegung, Kälte, Wärme, Sport, Schmerzmittel, Urlaub
.....

Andere Symptome zum Schmerz Hautrötung, Blässe, Schwellung, Berührungsempfindlichkeit, Schweißbildung, Seh- oder Hörstörungen, Gangunsicherheit, Muskelschwäche, Müdigkeit, Schwindel, Bewegungseinschränkung, Übelkeit, Erbrechen

Sonstiges

Schmerzbehandlung bisher, wie?

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

Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit ein? Bitte Beipackzettel oder Medikament mitbringen. Bitte auch Nahrungsergänzungsmittel oder sonstiges angeben. Bei Testung zur Unverträglichkeit bitte Inhalt in kleinem Glas mitbringen (z. B. Tablette ins Glas)

Chronologie der Krankengeschichte:
Bitte erfassen Sie alle bisherigen Erkrankungen und Operationen in zeitlicher Reihenfolge, die Sie durchgemacht haben. Falls nötig auf einem extra Blatt.

Systemische Anamnese / Familiensituation:

Wie sind Sie aufgewachsen? In einer Familie, bei den Großeltern, im Heim?

.....
.....

Leben Ihre Eltern noch, wenn ja, sind sie zusammen oder getrennt? Wann und woran sind sie gestorben?

.....
.....

Gibt es Stiefeltern? Welche Kontakte sind vorhanden, gibt es Streitigkeiten oder Kontaktabbruch?

.....
.....

Waren Ihre Eltern im Krieg direkt betroffen? Gefangenschaft, Front, Lager, Vertrieben, Verluste, wo?

.....
.....

Musste ein Elternteil eine große Liebe aufgeben oder hat sie verloren?

.....
.....

Wievieltens Kind von wie vielen sind Sie? (auch Kinder weiterer Beziehungen) Gibt es verlorene / gestorbene Geschwister?

.....
.....

Welche Krankheiten gibt es bei den Familienmitgliedern? Besondere Wiederholungen, z. B. in jeder Generation ein totes, verlorenes Kind? Behinderungen? Herz-Kreislauf, Krebs, wenn ja welcher, Leber, Sucht?

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

Gibt es Verluste jeglicher Art? Heimat, Eltern, Geschwister, Partner, Unfall, Arbeitsplatz, Vermögen...

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

Bitte erinnern Sie sich an alle Situationen, die ungewöhnlich oder markant im Gedächtnis sind, auch, wenn sie nicht direkt mit Ihnen in Verbindung standen.

.....

.....

.....

.....

.....

Behandlungsvereinbarung:

Sie nehmen eine naturheilkundliche Behandlung eines Heilpraktikers in Anspruch.

Eine **naturheilkundliche Behandlung** beinhaltet vor allem Natur- und Erfahrungsheilkunde und strebt insbesondere die Stärkung der natürlichen Abwehrkräfte an. Es werden Therapieverfahren angewandt, die sich von der schulmedizinischen Standards und deren Wirksamkeit empirisch nicht immer sicher belegen lassen. Es handelt sich hier vor allem um die Wirksamkeit der Erfahrungsheilkunde! Wir sind jedoch auch der wissenschaftlichen biologischen Medizin verpflichtet!

Aufgrund Ihrer Angaben erstellt der Heilpraktiker ein **individuelles Behandlungskonzept**. Dies erfolgt in Absprache mit dem Patienten. Die Behandlung erfordert die Mitwirkung des Patienten und eine zuverlässige Umsetzung der besprochenen Vorgehensweise.

Behandlungspläne erhalten Sie noch einmal per Email, um die Angaben jederzeit nachzuvollziehen und Missverständnisse auszuräumen. Bei Unsicherheiten bzgl. der Vorgehensweise ist der Patient verpflichtet den Behandler noch einmal nachzufragen.

Das **Behandlungshonorar** wird per **Rechnung laut Gebüh** erhoben. Es basiert auf einer Stundenbasis von 90 € und kann je Behandlungsart variieren und orientiert sich am Gebüh.

Private Krankenversicherungen und **Zusatzversicherungen** sowie Beihilfeberechtigte Personen können die anfallenden Kosten bei deren Versicherern mit der Gebüh Rechnung geltend machen und erhalten je nach individueller Vereinbarung ihre Erstattung. Es ist der volle Rechnungsbetrag fällig unberücksichtigt der Erstattungshöhe des Versicherers.

Im Normalfall übernimmt die **gesetzliche Krankenversicherung** keine Behandlungskosten, es können jedoch je nach hier laut interner Vereinbarung Zuschüsse gewährt werden. Diese muss der Patient selbst mit der Rechnung bei seiner gesetzlichen Krankenversicherung beantragen.

Der Heilpraktiker unterliegt der ärztlichen **Schweigepflicht** und kann nur Auskunft erteilen, wenn er vom Patienten gegenüber einer dritten Person, z. B. Versicherer von dieser ganz oder teilweise entbunden wird.

Meldepflichtige Krankheiten laut dem Infektionsschutzgesetz sowie Geschlechtskrankheiten muss der Heilpraktiker laut Gesetz an die zuständige Behörde melden und kann davon nicht entbunden werden.

Vereinbarte Termine müssen spätestens 24 Stunden vor dem Terminbeginn abgesagt werden. **Ausgefallene Termine** oder nicht abgesagte Termine werden mit 90 € in Rechnung gestellt. Bei **Verzögerungen** durch den Patienten gilt der vereinbarte Termin zur Honorarberechnung. Wartezeiten in der Praxis werden selbstverständlich abgezogen.

DSGVO

Ich bin einverstanden, dass ich für Terminabsprache, Einladungen und Informationen über aktuelle Kommunikationswege via Email, SMS oder WhatsApp kontaktiert werde.

Persönlichen Daten werden nach den Richtlinien der aktuell gültigen DSGVO gespeichert. Die Daten werden nicht an Dritte weitergegeben und ausschließlich intern im Zusammenhang mit Ihrer Behandlung, Versicherung, Kursen und anderen Angeboten von agape lifestyle, sowie zum Nachweis bei Behörden (z.B. Finanzamt) genutzt.

Auf Wunsch und auch generell nach Ablauf der gesetzlichen Aufbewahrungsfristen werden diese gelöscht.

Kurzfristige Informationen, Terminabsprachen oder besondere Einladungen und Aktionen werden per Email, SMS oder WhatsApp mitgeteilt. Ich bin damit einverstanden Infos per Email, SMS oder WhatsApp zu erhalten.

Ich habe den kompletten Anamnesebogen, die Behandlungsvereinbarung und die DSGVO gelesen und verstanden.

Ort / Datum / Unterschrift