

# 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](mailto:info@agape-lifestyle.de)



Name \_\_\_\_\_ Geburtstag \_\_\_\_\_  
Vorname \_\_\_\_\_ Tel. Privat \_\_\_\_\_  
Straße \_\_\_\_\_ Tel. Beruf \_\_\_\_\_  
PLZ – Ort \_\_\_\_\_ Beruf \_\_\_\_\_  
E-Mail \_\_\_\_\_ Familienstand/Kinder \_\_\_\_\_

Versicherung:

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

**Wer hat Sie empfohlen? Was war der Impuls?**

---

### 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

<b>Herz</b>	Beschwerden, Stechen, Druckgefühl, Infarkt, Beklemmung, Rhythmusstörungen
<b>Lunge</b>	Bronchitis, häufig Husten, Asthma
<b>Leber</b>	Entzündung – Hepatitis, druckempfindlich, Schmerzen
<b>Galle</b>	Steine, Koliken, Operation, Druck im Oberbauch, Fettunverträglichkeit, analer Juckreiz
<b>Magen</b>	Völlegefühl, Gastritis, Appetitlosigkeit, Schmerzen vor oder nach dem Essen stärker?, Nahrungsmittelunverträglichkeiten, Allergien
<b>Darm</b>	Infektionen, Hämorrhoiden, Blinddarmoperation, Blähungen – Geruch, Reizdarm, Morbus Chron, Colitis Ulcerosa, Darm-OP?
<b>Stuhlgang</b>	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

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

## Hormone

<b>Gynäkologie</b>	Ausfluss - Eierstockentzündungen, Ausschabungen, Fehlgeburten, Abgänge, künstliche Befruchtungen, Tumore, Zysten, Myome, Geschlechtskrankheiten, KiWU Behandlung aktuell oder früher?
<b>Menses</b>	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? .....
<b>Prostata</b>	vergrößert, Entzündungen, Beschwerden beim Wasserlassen, Wert PSA? .....
<b>Vit. D + K2</b>	Wert? Einnahme Dosis? .....
<b>Nehmen Sie hormonelle Verhütungsmittel?</b>	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? .....

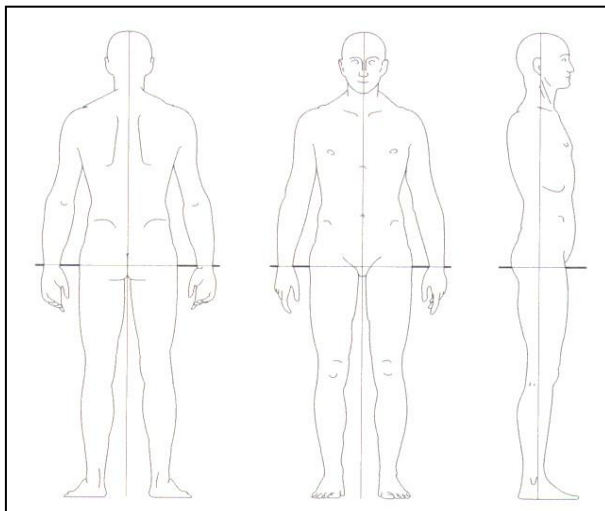
Sind Sie schnell grundlos erschöpft? Ja/nein? .....

Sind sie glücklich? .....

Was stört Sie in Ihrem Leben? .....

**Wo treten Schmerzen auf?** Bitte kennzeichnen

- Kreuz - punktförmiger Schmerz
- Linie - unklare Schmerzlokalisation
- 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 **Abrechnungsbasis von 100 € / je 45 Min.** und kann je nach Behandlungsart variieren, es orientiert sich am Gebüh. **Tätigkeiten außerhalb des physischen Termines**, die ich in Bearbeitung der Therapie des Patienten erledige (schreiben von Behandlungsplänen, Rezeptausstellungen, Bestätigungen für Versicherungen usw.) sind selbstverständlich **kostenpflichtig und werden mit abgerechnet**.

**Private Krankenversicherungen** und **Zusatzversicherungen** sowie **Beihilfeberechtige Personen** können die anfallenden Kosten bei ihrem Versicherer anhand der Gebüh Rechnung geltend machen und erhalten je nach individueller Vereinbarung eine Erstattung in unterschiedlicher Höhe. Es ist jedoch vorab unsere Rechnung mit vollem Rechnungsbetrag fällig unberücksichtigt der Erstattungshöhe des Versicherers. Evtl. erhalten Sie die Kosten für Ernährungsberatung anhand einer **Notwendigkeitsbescheinigung für Ernährungsberatung nach § 43 Abs. 1 Nr. 1 o. 2 SGB V Ihres Hausarztes** von Ihrer gesetzlichen Krankenversicherung erstattet.

Im Normalfall übernimmt die **gesetzliche Krankenversicherung** keine Behandlungskosten, es können jedoch je auch hier laut interner Vereinbarung Zuschüsse gewährt werden. Diese muss der Patient selbst mit der Rechnung bei seiner gesetzlichen Krankenversicherung erfragen und 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. Über den für Sie sinnvollen therapeutischen Austausch innerhalb des Teams der NHP agape lifestyle stimmen Sie zu hiermit zu und Sie sind damit einverstanden, da es Ihrer optimalen naturheilkundlichen Betreuung dient.

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 die 48 Stunden vorab abgesagt werden sind zu 50 % kostenpflichtig und innerhalb **24 Stunden vor dem Terminbeginn, sowie nicht abgesagte Termine** zu 100 %. Eine 45 Min. Abrechnungszeit dient hierbei als Berechnungsgrundlage. Bei **Verzögerungen** durch den Patienten gilt der ursprünglich vereinbarte Termin zur Honorarberechnung. Termine beginnen zur vereinbarten Uhrzeit, 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