



Patientenfragebogen - Erwachsene

Damit wir uns bereits vorher um Sie kümmern können bitte diesen Fragebogen vollständig ausfüllen, unterschreiben, Kopien ärztlicher Berichte oder Laborwerte beilegen (falls vorhanden) und spätestens eine Woche vor Ihrer Behandlung zusammen mit dem Fragebogen per Mail senden an: praxisvonliechtenstein@t-online.de oder spätestens zum ersten Termin mitbringen.

Name	Vorname	Geburtsdatum
Adresse	PLZ, Ort	Telefon

Haben Sie schon einen Termin bei uns?

O.....Nein O.....Ja, und zwar am

Wochentag Datum Uhrzeit

Ihre Krankenversicherung

Gesetzlich versichert? O.Ja O Nein mit Zusatzversicherung Heilpraktiker? O Ja O Nein

Privatversichert? O Ja O Nein Welche Versicherung genau?.....

Terminabsage

Falls Sie Ihren Termin nicht wahrnehmen können bitten wir Sie diesen abzusagen, da wir in unserem Terminplan genügend Zeit für Sie reservieren. Bei nicht rechtzeitiger Absage müssen wir Ihnen die Behandlungskosten in Rechnung stellen.

Gesetzlich Krankenversichert

Bitte zahlen Sie die Behandlungskosten immer bei jedem Termin in bar. Kartenzahlungen oder Überweisungen sind nicht möglich, da dies einen höheren Verwaltungsaufwand unsererseits erfordert.

Privat Krankenversichert

Auch wenn Sie privat krankenversichert sind zahlen Sie bitte die Behandlung immer gleich bei jedem Termin in bar. Kartenzahlungen oder Überweisungen sind generell nicht möglich, da dies einen höheren Verwaltungsaufwand unsererseits erfordert. Falls Sie eine Rechnung nach GebüH für Ihre private Krankenversicherung benötigen sagen Sie uns dies bitte bei der ersten Behandlung. Sie zahlen bitte trotzdem jeden Termin gleich in bar und erhalten nach Abschluss der Behandlung eine Rechnung nach GebüH auf der wir Ihnen die Zahlung selbstverständlich quittieren.

Datum..... Unterschrift.....

.....
Beruf

.....
E-Mail

.....
Ihr jetziges Körpergewicht

.....
Ihre Körpergröße

.....
Rauchen Sie?

.....
Trinken Sie Alkohol? Wie viel und wie oft?

.....
Nehmen Sie Süßstoff zu sich?

.....
Leben Sie nach bestimmten Ernährungsrichtlinien?

1. Was ist Ihr Wunsch an uns?

.....
.....

2. Bitte beschreiben Sie gründlich Ihre derzeitigen Beschwerden.

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

3. Was war unmittelbar vor dem ersten Auftreten Ihrer jetzigen Beschwerden?
(Erkrankung, Trauer, Kummer, Medikamente, Operation, anderes?)

.....
.....

4. Welche erblichen Belastungen haben Sie, an welchen Krankheiten leiden oder litten Ihre Eltern?

.....
.....

5. Welche Krankheiten incl. Kinderkrankheiten (in zeitlicher Reihenfolge) haben Sie schon erlebt?
Krankheit Jahr

.....

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

6. Welche medizinischen Therapien/Behandlungen haben Sie bisher erhalten? Welche Medikamente wurden Ihnen verordnet/haben Sie eingenommen (vor allem auch Antibiotika/Cortison)?

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

7. Waren Sie schon mal beim Heilpraktiker?
Welche Medikamente und Therapien haben Sie dort erhalten?

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

8. Wann wurde das letzte Mal Blut von Ihnen untersucht? Wenn möglich die Ergebnisse mitschicken.

.....

9. Welche Operationen wurden an Ihnen durchgeführt (auch Blinddarm und Mandeln)? Wann?

.....
.....

10. Sind Ihnen schon Unfälle zugestoßen? Welche?

.....
.....

11. Sind Sie geimpft worden? Impfungen so lückenlos wie möglich auflisten

Impfungen

Jahr

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

.....
.....

12. Gab es Reaktionen auf diese Impfungen?

.....
.....

13. Neigen Sie zu Erkältungskrankheiten oder Grippe? Wie wurden Sie behandelt?

.....
.....

14. Wann litten Sie zum letzten Mal an einer fieberhaften Temperaturerhöhung? Wie hoch? Wie lange?

.....

15. Zahnbehandlungen? Welche Arten von Zahnersatz haben Sie? Aus welchen Materialien?

.....
.....

16. Neigen Sie zu entzündlichen oder eitrigen Zahnerkrankungen, Wurzelspitzenproblemen, Zysten oder Fisteln?

.....

17. Haben Sie zur Zeit Beschwerden an den Zähnen oder im Mundbereich?

Falls ja, bitte genau beschreiben

.....
.....

18. Haben Sie öfters Kopfschmerzen oder Migräne? Wie oft?

.....

19. Leiden Sie an Hautproblemen? Welche? Seit wann?

.....

20. Leiden Sie an Allergien? Unverträglichkeiten?

(z.B. Pollen, Nahrungsmittel, Tierhaare, örtliche Betäubungsmittel, Bienengiftallergie, Penicillin, andere?)

.....
.....

21. Haben Sie Narben? Wo?

.....

22. Tragen Sie Piercings, Tätowierungen, Brandings? Wo?

.....
.....

23. Würden Sie Ihr privates Umfeld als harmonisch bezeichnen oder gibt es Stressfaktoren?

.....

24. Würden Sie Ihr berufliches Umfeld als harmonisch bezeichnen oder gibt es Stressfaktoren?

.....

25. Wie viele Liter und was trinken Sie am Tag?

.....

26. Mögen Sie gerne Süßes? Wie oft am Tag und was?

.....
.....

27. Welche Nahrungsmittel mögen Sie besonders gerne?

.....

28. Waren Sie einmal an Pfeiffer-Drüsenfieber erkrankt?

Nein

Ja, und zwar im Jahre.....

29. Hatten Sie irgendwann einen Zeckenbiss?

0 Nein 0 Ja, und zwar im Jahre.....

Falls ja, wie wurden Sie behandelt?.....

30. Wachen Sie nachts häufig auf? Zu bestimmten Uhrzeiten? Können Sie dann länger nicht einschlafen?

.....

31. Fühlen Sie sich außergewöhnlich müde und schwach?

.....

32. Zu welcher Tages-oder Nachtzeit verschlimmern sich Ihre Beschwerden?

.....

33. Zu welcher Tageszeit sind Sie besonders müde?

.....

34. Wie oft pro Woche bewegen Sie sich ausgiebig Sport, intensive Spaziergänge)?

.....

35. Haben Sie Blasenbeschwerden?

.....

36. Haben Sie Vaginalprobleme?

.....

37. Habens Sie Ihre Mandeln noch?

.....

38. Hatten Sie als Kind häufig Mandelentzündung?

.....

39. Wie häufig haben Sie Stuhlgang?

.....

40. Sind Form und Farbe des Stuhlgangs verändert?

.....

41. Habens Sie Schilddrüsenprobleme? Nehmen Sie hierfür Medikamente?

.....

42. Nehmen Sie Abführmittel? Wie oft? Welche?

.....

43. Waren Sie auf Reisen oder auch länger im Ausland

? Wo?

Wann?

.....

44. Kommen Sie zu Hause oder auf der Arbeit in Kontakt mit schädlichen Materialien? Zu Hause z.B. Holzverkleidungen an der Wand oder der Decke, die mit Holzschutzmitteln behandelt wurden, Auf der Arbeit z.B. mit Quecksilber, Kupfer oder anderen Schwermetallen? Anderen Giften? Schmieröl? Benzin?

.....

45. Haben Sie Amalgamfüllungen in den Zähnen? Falls ja, wie viele?

.....

46. Haben Sie Amalgamfüllungen bereits entfernen lassen? Wann? Wie viele?

.....

47. Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit ein und wogegen?

Medikamentenname:

Gegen:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

48. Benutzen Sie regelmäßig Nasenspray?

0 Nein 0 Ja: wie oft am Tag.....

49. Wenn Ihr Zahnarzt eine Zahn ziehen muss und Sie eine Betäubungsspritze bekommen, vertragen Sie diese?

Anders formuliert: Haben Sie eine Unverträglichkeit gegenüber Lokalanästhetika?

0 Nein 0 Ja

Als Privatpraxis rechne ich nach Stundensatz über die Gebührenordnung für Heilpraktiker ab.
Ich berechne im Einzelnen wie folgt:

- für einen Ersttermin berechne ich bei Selbstzahlern 99€ bis zu 90 Minuten, privatversicherte und Erstattungsberechtigte nach Honorarordnung.
- eine Therapie, bzw. eine Beratungsstunde bis zu 60 Minuten 100€, darüberhinausgehend Abrechnung im Viertelstundentakt.
- Ausarbeitung eines Behandlungskonzeptes mit Befundinterpretation und Therapieplan, je nach Umfang zwischen 29 - 57€
- Frequenzbehandlung mit dem Time Waver System 19€
- Sichtungen umfangreicher Krankenakten richten sich nach dem Zeitaufwand

Die erbrachten Leistungen schliesse ich soweit als möglich nach der geltenden Gebührenordnung für Heilpraktiker aus dem Jahr 1985 auf.

Die Sätze aus der Gebührenordnung für Heilpraktiker stammen aus dem Jahr 1985 und decken somit nicht immer die oben angegebenen Stundensätze ab. Gemäß Gebührenordnung berechne ich daher oft die möglichen Höchstsätze, ggf. auch einen mehrfachen Satz, um in etwa die Kosten decken zu können. Ggf. muss der Patient dadurch mit einem Selbstbehalt rechnen. Das gilt besonders für beratungsintensive Therapien wie Ernährungsberatung etc...

Bitte bedenken Sie bei der Betrachtung der oben angegebenen Kostensätze, dass wir Heilpraktiker eben nicht den ganzen Tag einen Patienten nach dem anderen drannehmen können. Sie erwarten sich von uns mehr: Nämlich die fachkundige und umfassende Zusammenschau all Ihrer Beschwerden und die Erarbeitung eines Lösungsansatzes für Ihre Beschwerden. Sie haben während der Behandlung meine volle Aufmerksamkeit und i.d.R. schließt sich an Ihren Termin für mich noch eine ganze Menge an zusätzlicher Arbeit an.

Um fachkundig zu sein, absolvieren Heilpraktiker eine lange und kostenintensive Ausbildung. Und um auf dem Laufenden zu bleiben, ist stetige Fortbildung unerlässlich. Ich bin dabei stets bemüht die Kosten für den Patienten so gering wie möglich zu halten und bespreche immer gemeinsam mit Ihnen die Behandlungsrhythmen und Inhalte der Behandlung.

Hiermit versichere ich ebenso, dass ich für keine öffentliche Behörde wie Finanzbehörde, Stadt- und Kreisverwaltung, Gesundheitsbehörde, Anwaltschaft oder Gerichte jeder Art arbeite, und wenn doch, dies verbindlich mit Angabe von Beruf und Funktion anzugeben und ebenso zu versichern, dass ich nicht in dieser Funktion erscheine, bzw. über alle Gesprächsinhalte und Details einer Behandlung und dem Erscheinen in der Praxis stillschweigen bewahre.

50. Ich arbeite bei einer Verwaltung, Behörde, Gericht oder Anwaltschaft?

0 Nein 0.Ja: In welcher Funktion

Datum..... Unterschrift.....