

Patienten-Informationsblatt
(Alle Angaben werden vertraulich behandelt)

Name: _____ Vornamen: _____

Straße: _____ PLZ, Ort: _____

Geburtsdatum: _____ Uhrzeit: _____ Ort: _____

Tel: privat _____ geschäftlich: _____ mobil: _____

E-Mail: _____

Krankenkasse: _____

Familienstand:

Ledig Lebensgemeinschaft verheiratet getrennt lebend geschieden verwitwet

Anzahl: Kinder _____

Beruf: _____ Hobby: _____

Auf wessen Empfehlung sind Sie hier? _____

Aktuelle

Gesundheitsprobleme: _____

Betrachten Sie diese Probleme als schwer mittelschwer leicht

Welche Therapieformen haben Sie bisher zur Lösung Ihrer gesundheitlichen Probleme in Anspruch genommen?

Wie zufrieden waren Sie mit dem Erfolg?

Sehr erfolgreich teilweise erfolgreich nicht erfolgreich

Frühere Krankheiten:

Operationen / Unfälle:

Welche Medikamente nehmen Sie ein?

Welche Nahrungsergänzungsmittel (Vitamine, Mineralstoffe, Fettsäuren, Aminosäuren, Antioxidantien) nehmen Sie zur Zeit ein?

Wieviel trinken Sie täglich (Wasser, ungesüßten Tee, Schorlen)?

Beschreiben Sie kurz Ihre **Ernährung:**

Rauchen Sie? Ja o Nein o **Alkoholkonsum:** ja o nein o **Drogenkonsum:** ja o nein o
Wieviel? _____

Wie oft haben Sie **Stuhlgang**? _____

Gewicht: _____ **Größe:** _____ cm

Wie oft haben sie **körperliche Bewegung**? Täglich o wöchentlich o gelegentlich o nie o

Wie hoch stufen Sie Ihr Energieniveau auf einer Skala von 1 – 10 ein: _____

Wie hoch wünschen Sie Ihr Energieniveau auf einer Skala von 1 – 10: _____

Haben Sie aktuell Rücken-, Nacken- oder andere körperliche **Schmerzen**? _____

Für Frauen:

Sind sie schwanger? Ja o nein o Wenn ja, in welchem Monat? _____

Menstruationszyklus: regelmäßig o unregelmäßig o schmerzhaft o stark o zu leicht o

Wechseljahre o sonstiges _____

Haben Sie Brust-Implantate? _____

Gibt es **Dinge** in Ihrem Leben, die Sie gerne: beenden o beginnen o verbessern o anders o machen möchten? Bitte kurz beschreiben: _____

Bitte kreuzen Sie die Themen an, die Sie beschäftigen; die zu ihnen in Beziehung stehen. Machen Sie zwei Kreuze bei Themen, die Sie lösen oder verbessern möchten:

Nervosität	Niedergeschlagenheit	Ängste	Schüchternheit
Sexuelle Probleme	Selbstmordgedanken	Trennung	Scheidung
Finanzen	Drogenkonsum	Alkoholkonsum	Freunde
Ärger	Selbstkontrolle	Unglücklich sein	Schlaf
Stress	Arbeit	Entspannung	Kopfschmerzen
Müdigkeit	Rechtliche Probleme	Gedächtnis	Ehrgeiz
Energie	Schlaflosigkeit	Einsamkeit	Ausbildung
Konzentration	Entscheidungsfähigkeit	Gereiztheit	Alpträume

Anmerkung Praxisablauf

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

ich nehme mir für Sie speziell besondere Zeit und Aufmerksamkeit.

Meine Termine vergebe ich so, dass Sie keine Wartezeiten einrechnen müssen.

Deshalb ist meine Zeit und meine Terminauswahl sehr definiert und begrenzt.

Ich bitte Sie deshalb, Termine, die Sie nicht einhalten können, mindestens 24 Stunden vorher abzusagen, damit auch wartende Patienten eine Chance auf zeitnahe Termine haben.

Nicht rechtzeitig abgesagte Termine müssen sonst berechnet werden!

Ich rechne nach der Gebührenordnung für Heilpraktiker ab (GebüH). Je nach Ihren Verträgen werden nicht alle Kosten übernommen. Einige Therapieformen werden von den privaten Krankenkassen leider gar nicht übernommen und müssen privat bezahlt werden.

Zur Kenntnis genommen und akzeptiert:

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift Patient

Weblinger Weg 14, 85221 Dachau
 Tel: 08131 4306440
 Fax: 08131 4306441