

## **Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde**

heute erhalten Sie den Fragebogen. Ihre Antworten sind Teil der Anamnese und geben mir Hinweise, welche Zusammenhänge oder Ursachen für Ihre Beschwerden und Symptome (mit)verantwortlich sein könnten. Erkrankungen und Beschwerden sind meistens eine Folge von mehreren Ursachen. Bitte nehmen Sie sich Zeit für die Beantwortung.

### **Ablauf:**

Fragebogen ausfüllen und unterschreiben  
per E-Mail an mich senden oder zum Termin mitbringen

### **Informationen:**

Wenn Sie medizinische Befunde haben, sollten Sie diese zum Beratungstermin mitbringen.

Zusätzliche Informationen, die Sie wichtig finden, können Sie auf einem Beiblatt hinzufügen.

Die Auswertung des Fragebogens, die Ergebnisse des Besprechungstermins (Anamnese) und wenn erforderlich die Ergebnisse von Laboruntersuchungen sind Grundlage um Ungleichgewichte festzustellen und einen Behandlungsplan ausarbeiten zu können.

Den Behandlungsplan werde ich im Einzelnen mit Ihnen besprechen und Ihre Fragen beantworten. Sie erhalten eine schriftliche Ausarbeitung.

Wenn ich Empfehlungen an Sie weitergebe (Produkte, Maßnahmen usw.), dann ist das keine absolute Methode, die für jeden ähnlichen Fall automatisch auch Gültigkeit hat.

### **Kosten:**

Die Beratungszeit wird mit 1,40 € pro Minute abgerechnet. Ich berechne zusätzlich eine Pauschale von 10 € für die Erarbeitung des Behandlungsplanes.

Kosten für Laboruntersuchungen werden direkt mit dem Labor abgerechnet.

Kostenübernahme: Eine (teilweise) Erstattung der Kosten für Heilpraktiker- und Laborrechnungen durch private Krankenversicherungsträger ist möglich. Dies ist abhängig von Ihrem abgeschlossenen Tarif. Bitte klären Sie dies mit Ihrer Krankenversicherung. Die gesetzlichen Krankenkassen erstatten keine Kosten.

**Diese Seite bitte nicht zurückschicken**

## Fragebogen

Bereiche im Fragebogen, die für Sie nicht zutreffen, bitte auslassen. Zutreffendes bitte ankreuzen.

<b>Name:</b>	
<b>Vorname:</b>	
<b>Strasse:</b>	<b>Postleitzahl und Ort:</b>
<b>Telefonnummer:</b>	
<b>E-Mail:</b>	
<b>Geburtsdatum:</b>	
<b>Krankenversicherung:</b>	<b>Zusatzversicherung:</b>
<b>Familienstand:</b>	
<b>Beruf:</b>	
<b>Größe:</b>	<b>Gewicht:</b>

### Allgemeines:

Welche Medikamente oder Nahrungsergänzungsmittel nehmen Sie regelmäßig ein?

Welche akuten Erkrankungen oder Probleme liegen zurzeit vor?

Welche chronischen Erkrankungen sind bekannt?

Gab es schwere Erkrankungen oder Traumen in Ihrem Leben?  
wenn ja, welche:

ja      nein

Welche Operationen wurden bei Ihnen schon durchgeführt und wann?

Welche Impfungen wurden in den letzten 2 Jahren durchgeführt?

Wieviel Antibiotikabehandlungen haben Sie schon erhalten?

Haben Sie Allergien? ja nein  
wenn ja, welche:

Haben Sie noch Amalgam-Füllungen (Zähne)? ja nein  
Haben Sie wurzelbehandelte Zähne? ja nein  
Haben Sie Zahnimplantate? ja nein  
Was würden Sie als Ihre persönliche Schwachstelle bezeichnen?

Leiden Sie an Verdauungsstörungen? (Sodbrennen, Blähungen etc.) ja nein  
wenn ja, welche:

Haben Sie täglich Stuhlgang? ja nein  
wenn nein, wie oft in der Woche:  
Beschaffenheit des Stuhlganges: weich / geformt / fest  
Leiden Sie an einer Essstörung? ja nein  
wenn ja, welche und seit wann:

Leiden Sie an Übergewicht? ja nein  
wenn ja, seit wann:

**Thema Hormone:**

Befinden Sie sich wegen einer Schilddrüsenerkrankung in ärztlicher Behandlung? ja nein  
welche Diagnose wurde gestellt:  
Waren Sie schon früher wegen einer Schilddrüsenerkrankung in Behandlung? ja nein  
wenn ja, weswegen:

Wurden Sie an der Schilddrüse operiert? ja nein  
wenn ja, ist ein Teil der Schilddrüse erhalten geblieben? ja nein  
Hatten Sie eine Radiojodtherapie? ja nein  
Nehmen Sie zurzeit Hormone ein? ja nein  
wenn ja, welche und seit wann (z.B. Schilddrüsenhormon, Insulin, Cortison):

Welche Art der Empfängnisverhütung wenden Sie derzeit an:

**Thema Kinder:**

Wie viele Kinder haben Sie geboren:  
Wie alt waren Sie bei der Geburt des Kindes/der Kinder?

Gab es während der Schwangerschaft oder Geburt Komplikationen? ja nein  
Wenn ja, welche

**Thema Zyklus:**

Wie alt waren Sie, als Sie das erste Mal Ihre Regelblutung bekamen?		Jahre
Wie viele Tage hat Ihr durchschnittlicher Zyklus (mit Regelblutung)?		Tage
Wie lange dauert die Regelblutung?		Tage
Kommen die Regelblutung noch regelmäßig?	ja	nein
Wie alt waren Sie, als Ihre Zyklen kürzer wurden?		Jahre
Wie alt waren Sie, als das erste Mal die Regel aussetzte?		Jahre
Wie alt waren Sie, als die Regel das letzte Mal eintraf?		Jahre

**Thema Belastung:**

Sind Sie berufstätig?	ja	nein
Arbeiten Sie im Schichtdienst?	ja	nein
Wieviele Stunden arbeiten Sie pro Tag?		Stunden
Haben Sie außergewöhnliche Belastungen? z.B. Pflege von Angehörigen	ja	nein
Wenn ja, welche:		

Haben Sie Ausgleichsmöglichkeiten (Entspannungstechniken, Sport etc.)? wenn ja, welche und wie oft:	ja	nein
--	----	------

Haben Sie Stress?	ja	nein
Wie empfinden Sie Ihre momentane seelische/psychische Belastung?	ok	zu viel
Wie empfinden Sie Ihre momentane körperliche Belastung?	ok	zu viel
Wie empfinden Sie Ihre momentane berufliche Belastung?	ok	zu viel
Rauchen Sie?	ja	nein
Haben Sie Implantate, Tattoo, Piercing oder ähnliches?	ja	nein
Wie viele Stunden schlafen Sie durchschnittlich pro Nacht?		Stunden
Können Sie durchschlafen?	ja	nein
Können Sie gut einschlafen?	ja	nein

**Thema Ernährung:**

Wie viele Liter (Wasser, Tee) trinken Sie pro Tag?		Liter
Wieviel Kaffee oder schwarzen Tee trinken Sie täglich (Angabe in Tassen)		Tassen
Essen Sie regelmäßig?	ja	nein
Ernährung:	Vegetarisch / Vegan / esse alles	
Kochen Sie täglich selbst?	ja	nein
Was beinhaltet Ihr typisches Frühstück?		

Was beinhaltet Ihr typisches Mittagessen?

Was beinhaltet Ihr typisches Abendessen?

Benötigen Sie Zwischenmahlzeiten?	ja	nein
Wieviel Esslöffel kaltgepresstes Öl essen Sie täglich?		Esslöffel
Haben Sie des öfteren Heißhunger auf Süßes oder Salziges?	ja	nein

Gibt es Lebensmittel, die Sie nicht gut vertragen oder Unverträglichkeiten, wenn ja welche:

Alle Angaben unterliegen der Schweigepflicht. Das Anschreiben habe ich zur Kenntnis genommen.  
Hiermit bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben.

Datum:

Unterschrift:

---

Ich bin einverstanden per E-Mail Informationen zu erhalten

ja	nein
----	------

Hier haben Sie noch Platz für sonstige Notizen: