

Patientenfragebogen



Termin am:

Naturheilpraxis Sylvia Wojkowski
Preinstr. 33
59192 Bergkamen

Telefon: 0 23 06 / 99 66 444
Mail: kontakt@heilpraktikerin-sylvia.de
Internet: www.heilpraktikerin-sylvia.de

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

bitte füllen Sie diesen Bogen so gewissenhaft wie möglich aus, Sie erleichtern mir damit erheblich die Arbeit.

Die Angaben werden keinen Dritten zugänglich gemacht!

Name:	Vorname:	
Geburtsdatum:	Ort:	evtl. Zeit:
Straße:	Hausnr.:	
PLZ:	Ort:	
Telefon:	Mobil:	
E-Mail:		
Krankenkasse:	Privat:	Gesetzlich:
Beruf:	Größe:	Gewicht:
Familienstand:	Kinder:	

1. An welchen Krankheiten leiden Sie und seit wann?

Ordnen Sie die Beschwerden nach Ihre Wichtigkeit:

(Sollte der Platz zu den einzelnen Fragen nicht ausreichen, können Sie weitere Angaben auf einem gesonderten Blatt machen.)

2. Wo haben Sie Schmerzen, wie oft, wie lange, wie intensiv? (z.B. Kopf-, Gelenk-, Rückenschmerzen)

3. Wie viele Ärzte, Kliniken, Heilpraktiker haben Sie bisher aufgesucht? Anzahl

4. Welche Behandlungen haben Sie bisher erhalten? Mit welchem Erfolg? Genau bitte!

5. Sind Autoimmunerkrankungen bekannt? Welche?

6. Geben Sie bitte alle Erkrankungen und Operationen an, die Sie durchgemacht haben.

7. Welche Impfungen haben Sie erhalten?

Falls Impfpass vorhanden, bitte Kopie beifügen.

8. Welche Medikamente/Nahrungsergänzungsmittel nehmen Sie ein und seit wann? Genau bitte! Wichtig!

Name des Medikamentes/ Nahrungsergänzungsmittel	Einnahme seit
---	---------------

Achtung: Medikamente nur nach therapeutischer Rücksprache reduzieren oder absetzen.

9. An was sind ihre Eltern und andere Verwandte erkrankt?

Mutter Vater Oma Opa Schwester Bruder

10. Wie viel und was genau trinken Sie täglich?

Genau bitte!

X täglich

X täglich

X täglich

X täglich

11. Wie oft haben Sie Stuhlgang? X täglich x wöchentlich

Welche Konsistenz hat ihr Stuhl?

wässrig breiig geformt wechselhaft

12. Leiden Sie unter Blähungen? ja nein

13. Welche Nahrungsmittel essen Sie?

Zucker Milchprodukte
 Weißmehlprodukte Eier
 Nüsse Süßigkeiten
 Kuchen Rohkost

14. Rauchen Sie? ja nein

Wie viel am Tag? Stück pro Tag

15. Haben oder hatten Sie Amalgam- oder Palladium-Zahnfüllungen?

Wann entfernt?

Wurden Schwermetalle laborkontrolliert ausgeleitet?

ja nein

Wenn ja, wann

16. Wie belastbar und leistungsfähig fühlen Sie sich?

17. Wie viele Stunden schlafen Sie pro Nacht?
Sind Sie nach ausgiebigem Schlaf erholt und fühlen sich frisch? ja nein

18. Können Sie sich an Ihre Träume erinnern? ja nein

19. Schwitzen Sie Nachts? ja nein

20. Wie hoch bewerten Sie Ihre Stress- und seelische Belastung?

Sehr hoch hoch normal niedrig sehr niedrig,

Welche Gründe gibt es dafür?

21. Was erwarten Sie von meiner Behandlung?

22. Sind Sie bereit Ihre Ernährungsgewohnheiten mit meiner Hilfe zu verbessern? ja nein

Information für Patienten

- Die von mir erbrachten Leistungen werden von den gesetzlichen Krankenkasse nicht übernommen.
- Die entstehenden Behandlungskosten werden möglicherweise nur zum Teil oder gar nicht von den privaten Krankenversicherungen | Zusatzversicherungen übernommen.
- Die entstehenden Behandlungs- und Untersuchungskosten müssen unabhängig von Versicherungs- und/oder Beihilfeleistungen, innerhalb von 14Tagen nach Rechnungsstellung in voller Höhe beglichen werden.

Hinweis: Sollten Sie einen Termin nicht wahrnehmen können, bitte ich Sie mindestens 24 Stunden vorher telefonisch oder schriftlich abzusagen. Andernfalls behalte ich mir das Recht vor, Ihnen die vereinbarte Behandlung in voller Höhe in Rechnung zu stellen.

Hiermit bestätige ich den Patientenfragebogen verstanden, akzeptiert und wahrheitsgemäß ausgefüllt zu haben.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten oder Erziehungsberechtigten im Fall der Minderjährigkeit