



Klientenfragebogen

Sehr geehrte/r Frau/Herr _____

Sie haben sich bei uns erstmalig zur Beratung und Behandlung angemeldet,
vielen Dank für Ihr Vertrauen.

Der folgende Anamnese-Bogen hilft uns einen Überblick über Ihre Krankheitsvorgeschichte
zu erlangen.

Bringen Sie bitte (soweit vorhanden) Ihre derzeitigen Behandlungsunterlagen, die für die Diagnose
und Beratung wichtig sein können, wie zum Beispiel:

medikamentöse Einstellung, Allergie-, Zahnstoffpässe, Röntgenbilder usw. mit.

Die Behandlung beim Heilpraktiker ist eine Privatleistung. Sondertermine am Wochenende und an
Feiertagen werden mit 15 % Aufschlag berechnet.

Die Kosten werden von privaten Krankenkassen sowie den Beihilfestellen nur teilweise oder gar nicht
erstattet. Informieren Sie sich bei Ihrer privaten Krankenkasse oder Beihilfestellen.

Da für den Erstuntersuchungstermin ca 1 1/2 Stunden für Sie freigehalten werden, **bitten wir Sie, uns
rechtzeitig zu informieren**, falls Sie den Termin nicht einhalten können, ansonsten sehen wir uns
gezwungen, Ihnen unseren Zeitaufwand in Rechnung zu stellen.

Sprechzeiten: Montag bis Freitag von 8.00 Uhr bis 18.00 Uhr

und nach Vereinbarung

Ihr Erstuntersuchungstermin ist am um Uhr

Mit freundlichen Grüßen
Angela Schröder



Klientenfragebogen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
wir begrüßen Sie herzlich in unsere Praxis und möchten Sie bitten, die nachfolgende Fragen
zu beantworten. Ihre Antworten unterliegen selbstverständlich den Bestimmungen des Datenschutzes!

Name:	Vorname:
Geburtsdatum:	Familienstand:
Anschrift:	Anzahl der Kinder:
PLZ/ Ort:	Tätigkeit:
@mail Adresse:	Krankenkasse:
Telefonnr.:	Zusatzversicherung:
Beihilfe:	

Jetzige Beschwerden und Gesundheitsstörungen:

Hatten Sie schon eine der folgenden Krankheiten?

- | | |
|---|------------------------|
| 1. Typhus/Paratyphus/Ruhr | Ja / nein / weiß nicht |
| 2. Tuberkulose | Ja / nein / weiß nicht |
| 3. Grüner Star, Glaukom | Ja / nein / weiß nicht |
| 4. Nasennebenhöhlenentzündungen | Ja / nein / weiß nicht |
| 5. Schilddrüsenkrankheiten wenn ja, wie oft? _____ | Ja / nein / weiß nicht |
| 6. Lungen-, Rippenfellentzündung oder länger dauernde Bronchitis | Ja / nein / weiß nicht |
| 7. Asthma, Heuschnupfen | Ja / nein / weiß nicht |
| 8. Allergische Reaktionen, wie Unverträglichkeit von Medikamenten (z.B. Penicillin oder Röntgen-Kontrastmittel) | Ja / nein / weiß nicht |
| 9. Hoher Blutdruck | Ja / nein / weiß nicht |
| 10. Schlaganfall, Lähmungen Nervenzusammenbruch | Ja / nein / weiß nicht |
| 11. Herzinfarkt | Ja / nein / weiß nicht |
| 12. Andere Herzkrankheiten oder Gefäßleiden | Ja / nein / weiß nicht |
| 13. Krampfadern, Hämorrhoiden, Thrombose, offene Beine | Ja / nein / weiß nicht |
| 14. Magen- oder Zwölffingerdarmgeschwür | Ja / nein / weiß nicht |
| 15. Verstopfung, Durchfall, Blutbeimlagerungen z. Stuhl | Ja / nein / weiß nicht |
| 16. Gelbsucht, Leberkrankheiten Kriegsverletzungen | Ja / nein / weiß nicht |
| 17. Gallensteine | Ja / nein / weiß nicht |
| 18. Nieren-, Nierenbecken- oder Blasenentzündung | Ja / nein / weiß nicht |
| 19. Nieren-, Harnleiter-oder Blasensteine _____ | Ja / nein / weiß nicht |
| 20. Krankheiten der Vorsteherdrüse (Prostata) | Ja / nein / weiß nicht |
| 21. Schwierigkeiten beim Wasserlassen | Ja / nein / weiß nicht |
| 22. Nächtliches Wasserlassen, | Ja / nein / weiß nicht |
| 23. Krankheiten der weiblichen Unterleibsorgane oder der Brüste | Ja / nein / weiß nicht |
| 24. Unregelmäßige Periode Letzte Periode am _____ | Ja / nein / weiß nicht |
| 25. Hautkrankheiten | Ja / nein / weiß nicht |
| 26. Syphilis, Tripper | Ja / nein / weiß nicht |
| 27. Nervöse Beschwerden | Ja / nein / weiß nicht |
| 28. Wiederholter Hexenschuß oder Ischiasbeschwerden | Ja / nein / weiß nicht |
| 29. Epilepsie (Krampfanfälle) | Ja / nein / weiß nicht |
| 30. Zuckerkrankheit (Diabetes) | Ja / nein / weiß nicht |
| 31. Gicht | Ja / nein / weiß nicht |
| 32. Gelenkrheumatismus | Ja / nein / weiß nicht |
| 33. Andere Krankheiten der Gelenke oder der Wirbelsäule | Ja / nein / weiß nicht |
| 34. Knochenbrüche, Unfälle, | Ja / nein / weiß nicht |
| 35. Blutarmut, Blutkrankheiten | Ja / nein / weiß nicht |
| 36. Krebs (einschl. Blutkrebs) | Ja / nein / weiß nicht |
| 37. Andere Krankheiten Wenn ja, welche? _____ | Ja / nein / weiß nicht |



Klientenfragebogen

Haben Sie folgende Stoffe im Zahnbereich?

38. Wurden Sie schon operiert?
Wenn ja, woran? _____
Ja / nein / weiß nicht
39. Wurden Sie schon einmal mit Radium oder Röntgenstrahlen behandelt?
Wenn ja, woran? _____
Ja / nein / weiß nicht
40. Wann war die letzte Röntgenuntersuchung? _____
Ja / nein / weiß nicht
41. Waren Sie in den letzten 12 Monaten in Mittelmeerländern, in Asien oder in den Tropen?
Ja / nein / weiß nicht
42. Nehmen oder nahmen Sie regelmäßig Medikamente Abführ-, Beruhigungs-, Schlaf- oder Kopfschmerzmittel)
Wenn ja, welche? _____
Ja / nein / weiß nicht
43. Nehmen oder nahmen Sie die Pille oder sonstige Hormonpräparate?
Ja / nein / weiß nicht
44. Trinken Sie regelmäßig Alkohol (Bier, Wein, Schnaps)? oder Schwierigkeiten?
Wenn ja, wieviel? _____
Ja / nein / weiß nicht
45. Rauchen Sie (Zigaretten, Zigarren, Pfeife)?
Wenn ja, wieviele? _____
Ja / nein / weiß nicht
46. Haben Sie geraucht?
Ja / nein / weiß nicht
47. Nehmen oder nahmen Sie Drogen (Hasch, Speed, LSD, Morphinum oder andere)?
Ja / nein / weiß nicht
48. Treiben Sie weniger als zweimal Sport?
Ja / nein / weiß nicht
49. Welche Impfungen haben Sie? _____
Ja / nein / weiß nicht
50. Hatten Sie Impfreaktionen?
Ja / nein / weiß nicht
51. Sonstige Vergiftungen?
Ja / nein / weiß nicht

Fühlen Sie sich in Ihrer Gesundheit beeinträchtigt?

52. durch Lärm (Arbeitsplatz, Freizeit Nachtruhe)
Ja / nein / weiß nicht
53. durch Staub/Rauch/Abgase (Arbeitsplatz, Wohnbereich)
Ja / nein / weiß nicht
54. durch Schichtarbeit
Ja / nein / weiß nicht
55. Amalgamfüllungen
Ja / nein / weiß nicht
56. Goldgußfüllungen
Ja / nein / weiß nicht
57. Kunststofffüllungen
Ja / nein / weiß nicht
58. Vollgußkronen
Ja / nein / weiß nicht
59. Keramikronen VMK
Ja / nein / weiß nicht
60. Vollkeramikronen
Ja / nein / weiß nicht
61. Kunststoffkronen
Ja / nein / weiß nicht
62. Jacketkronen
Ja / nein / weiß nicht
63. Stahlkronen
Ja / nein / weiß nicht
64. Brücken
Ja / nein / weiß nicht

(Antwort erwünscht, aber nicht Bedingung)

65. Fühlen Sie sich häufig einsam?
Ja / nein / weiß nicht
66. Haben Sie Schwierigkeiten mit (auch Ihrem Partner? (Ehegatten, Freundin, Freund)
Ja / nein / weiß nicht
67. Haben Sie Schwierigkeiten in der Familie?
Ja / nein / weiß nicht



Klientenfragebogen

- | | |
|--|-------------------------------|
| 68. Sind Sie mit Ihrer derzeitigen Wohnung unzufrieden? | <i>Ja / nein / weiß nicht</i> |
| 69. Sind Sie mit Ihrer Nachbarschaft unzufrieden? | <i>Ja / nein / weiß nicht</i> |
| 70. Haben Sie noch andere Sorgen | <i>Ja / nein / weiß nicht</i> |
| 71. Meinen Sie, daß Sie in Ihrem Leben zu wenig Erfolg gehabt haben? | <i>Ja / nein / weiß nicht</i> |
| 72. Machen Sie sich Sorgen um Ihre Zukunft? | <i>Ja / nein / weiß nicht</i> |

Sind in Ihrer Familie folgende Krankheiten vorgekommen?(zutreffendes bitte ankreuzen)

- | | |
|---|-------------------------------|
| 73. Hoher Blutdruck, Schlaganfall | <i>Ja / nein / weiß nicht</i> |
| 74. Herzinfarkt | <i>Ja / nein / weiß nicht</i> |
| 75. Übergewicht | <i>Ja / nein / weiß nicht</i> |
| 76. Zuckerkrankheit (Diabetes) | <i>Ja / nein / weiß nicht</i> |
| 77. Gicht | <i>Ja / nein / weiß nicht</i> |
| 78. Nerven-, Gemüts- Geisteskrankheiten | <i>Ja / nein / weiß nicht</i> |
| 79. Epilepsie (Krampfanfälle) | <i>Ja / nein / weiß nicht</i> |
| 80. Tuberkulose (Tbc) | <i>Ja / nein / weiß nicht</i> |
| 81. Gallensteine, Nierensteine Blasensteine | <i>Ja / nein / weiß nicht</i> |
| 82. Krebs (einschl. Blutkrebs) | <i>Ja / nein / weiß nicht</i> |
| 83. Suchtkrankheiten (Alkohol, Medikamente, Drogen) | <i>Ja / nein / weiß nicht</i> |

(Unterschrift)