

# Erstbehandlungs- Fragebogen

**Nina Seifert Heilpraktikerin**

Feldbrunnenstr. 20, 20148 Hamburg  
Tel 040-41350798, Fax 040-41264397

Liebe Patientin, lieber Patient, bitte nehmen Sie sich die Zeit und füllen den Fragebogen so genau wie möglich aus, auch wenn Ihnen die eine oder andere Frage unwichtig für Ihr Anliegen erscheint - es hilft, Ihre Behandlung genau auf Sie abzustimmen. Alle Ihre Angaben werden selbstverständlich streng vertraulich behandelt.

Name	Geburtstag
Vorname	Familienstand + Kinder:
Straße	Blutgruppe
PLZ, Ort	Gewicht                      Körpergröße
Tätigkeit	Privat-/Zusatzversicherung f. Heilpraktikerkosten (welche):
Tel tagsüber:	
Tel abends:	Beihilfe: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
E-mail	

<b>Meine Frage</b>	<b>Ihre Antwort (Bitte geben Sie so genau wie möglich an: was, wann, seit wann, wie, wo, wodurch ausgelöst)</b>
<b>Was führt Sie zu mir?/</b> Unter welchen Beschwerden leiden Sie, bzw. was ist Ihr Anliegen?	
<b>Was war unmittelbar</b> (einige Tage bis wenige Wochen) <b>vor dem ersten Auftreten Ihrer jetzigen Beschwerden?</b> z.B. eine Erkrankung, Kummer, Trauer, Schreck, Operation, Veränderungen in Beruf oder Privatleben, Hautausschläge, Medikamente, Diäten, Zahnbehandlungen, usw.	
Womit bringen Sie Ihre Beschwerden in Verbindung?	
Gibt es Befunde /Untersuchungen/ Röntgenaufnahmen/ bisherige oder parallele Behandlungen dieser Beschwerden? Welche?	
<b>Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit/ regelmäßig ein?</b> Dosierung? Medikament bitte zum Ersttermin mitbringen. Auch Nahrungsergänzungsmittel, Hormone,....	
<b>Essen Sie nach bestimmten Ernährungsrichtlinien? Diäten? Welchen?</b>	
<b>Was trinken Sie pro Tag ?</b>	
<b>Trinken Sie Alkohol? Was + wie viel?</b>	

<b>Meine Frage</b>	<b>Ihre Antwort</b> (Bitte geben Sie so genau wie möglich an: was, wann, seit wann, wie, wo, wodurch ausgelöst)
<b>Rauchen Sie?</b> Was + wie viele?	
<b>Nehmen Sie Drogen / Stimulantien?</b> Was + wie viel?	
<b>Machen Sie Sport</b> , wie oft, welchen?	
<b>Wie viele Stunden Schlafen Sie?</b> Wann gehen Sie normalerweise zu Bett, wann stehen Sie auf?	
<b>Wie ist Ihr Schlaf?</b> z.B.:Schlaflosigkeit, häufiges Erwachen (Uhrzeit), Einschlafstörungen, Sprechen im Schlaf, Unruhe in den Beinen, Nachtschweiß, heiße Füße, Zähneknirschen, tief, schlafe durch ....	
<b>Sind bei Ihnen Allergien bekannt?</b> z.B. Pollen (wann), Medikamente, Nahrungsmittel, Sonstiges	
<b>Welche (Auffrisch-)Impfungen haben Sie bekommen</b> (Datum)? <b>Bitte Kopie vom Impfausweis mitbringen.</b>	
<b>Gab es Reaktionen auf Impfungen?</b> z. B. Fieber, Krämpfe, Unruhe, Schlaflosigkeit, Verhaltensveränderungen.	
<b>Welche Infektionskrankheiten haben Sie durchgemacht? Z.B.:</b> Masern, Mumps, Röteln, Keuchhusten, Windpocken, Scharlach, Tetanus, Kinderlähmung (Polio), Malaria, Salmonellose, Ruhr, Pfeiffersches Drüsenfieber, Gonorrhöe (Tripper), Syphilis, Tropenkrankheiten, Tuberkulose,	
<b>Leiden Sie unter Kopfschmerzen? wie oft, welcher Bereich, wann, wie z.B.</b> Stirn-Augen-Schläfen, Hinterhaupt, morgens, abends; halbseitig - links - rechts - doppelseitig.. -	
<b>Haben oder hatten Sie Beschwerden / Erkrankungen / Verletzungen in folgenden Bereichen: (seit) wann, wie</b> Bitte geben Sie auch an, wann + woran Sie operiert worden sind!	
<b>Haare z.B.</b> Haarausfall, kreisrunder, vereinzelter,	
<b>Augen</b> Bindehautentzündung, kurzsichtig, weitsichtig, Grauer Star, Macula-Degeneration usw.	
<b>Ohren</b> (links / rechts) z.B.Tinnitus, Schwerhörigkeit, Entzündungen	
<b>Zähne/ Kiefer</b> Wurden bei Ihnen Amalgamfüllungen entfernt? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein Wurde eine Amalgamausleitung durchgeführt? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein <b>Zahnfüllmaterialien</b> <input type="radio"/> Amalgam <input type="radio"/> Kunststoff <input type="radio"/> Gold <input type="radio"/> Keramik (siehe Extra Blatt)	
<b>Nase</b> Nasennebenhöhlenentzündungen, behinderte Nasenatmung, Nase verstopft	

<b>Meine Frage</b>	<b>Ihre Antwort</b> (Bitte geben Sie so genau wie möglich an: was, wann, seit wann, wie, wo, wodurch ausgelöst)
<b>Mandeln</b> z.B. häufig Mandelentzündungen als Kind / heute	
<b>Schilddrüse</b> Überfunktion, Unterfunktion, Vergrößerung,	
<b>Herz z.B.</b> Stechen, Druckgefühl, Infarkt, Beklemmung, Rhythmusstörungen	
<b>Lunge / Atemwege</b> z.B. Entzündung, Bronchitis, häufiger Husten, Asthma	
<b>Leber</b> z.B. Entzündung - Hepatitis	
<b>Galle</b> z.B. Steine, Koliken	
<b>Magen</b> z.B. Völlegefühl, Gastritis, Appetitlosigkeit, unverträgliche Speisen	
<b>Darm</b> z.B. Infektionen, Hämorrhoiden, Blinddarmoperation, Blähungen - Geruch	
<b>Stuhlgang wie</b> , wie oft, (z.B. täglich, jeden 2.3.4. Tag, unregelmäßig, Neigung zur Verstopfung, Neigung zum Durchfall) <b>Konsistenz:</b> z.B. schnittfest, hart, knollig, weich, schmierig, pastenartig, hell, dunkel, übel riechend, kann Stuhl nicht halten, Gefühl, nicht fertig zu werden, Stuhlgang wechselhaft usw.	
<b>Arme</b> Schmerzen, Tennisellenbogen, Kribbeln, kalte Hände usw.	
<b>Beine</b> Verletzungen, Schmerzen, Krampfadern, Operationen, kalte Füße, Kribbeln, Taubheitsgefühl	
<b>Rücken/ Wirbelsäule:</b> Verletzungen, Hexenschuß, Verspannungen, Belastungen, Rheuma, Operationen	
<b>Haut/Nägel</b> z.B. Verbrennungen, Geschwüre, Hautjucken, Warzen, Pilze, eingewachsene Nägel, Nagelbettentzündungen	
<b>Haben Sie durch Operationen oder Verletzungen Narben? Wo</b> – auch kleine!	
Wo Piercings, Tätowierungen etc.?	
<b>Geschlechtsorgane / Hormonsystem</b>	
<b>Brust</b> Zysten, Tumore, Spannungsschmerz, Mastitis...	
<b>Unterleib / Geschlechtsorgane</b> z.B. Ausfluss, Eierstockentzündungen, Ausschabungen, Fehlgeburten, Tumore, Zysten, Myome, Pap-Befunde	
<b>Menstruation:</b> In welchem Alter war die erste Menses, Beschwerden vor - nach - während der Regel - welche .	
<b>Klimakterische Beschwerden?</b> welche In welchem Alter war die letzte Menstruation	

<b>Meine Frage</b>	<b>Ihre Antwort</b> (Bitte geben Sie so genau wie möglich an: was, wann, seit wann, wie, wo, wodurch ausgelöst)
<b>Benutzen Sie Verhütungsmittel?</b> Welche	
<b>Penis, Prostata</b> Entzündungen, Beschwerden beim Wasserlassen, Operationen, Infektionen, Sonstiges	
<b>Niere/Blase</b> Nierensteine, Entzündungen - wie häufig?	
<b>Harn</b> viel, wenig, häufig, kann nicht halten, Geruch nach	
<b>Sexualität z.B.</b> vermindert, verstärkt, unbefriedigt, schmerzhaft	
<b>Gehirn</b> Schlaganfall, Krampfleiden (Epilepsie)	
<b>Psyche / Nervensystem</b> Nervenzusammenbruch, Depressionen, Burnout	
<b>Welche Krankheiten sind Ihnen in Ihrer Familie bekannt? Eltern, Großeltern, Urgroßeltern, Geschwister.</b> z.B. Krebs, Tuberkulose, Psychische Erkrankungen, Geschlechtskrankheiten, Herzkrankheiten, Gefäßkrankheiten, Schlaganfall, Asthma, Diabetis, Rheuma, Nierensteine, Gallensteine, Multiple Sklerose, Gicht, Allergien, Schuppenflechte, Neurodermitis, Migräne.	(wer / wann/ was)
<b>Die folgenden Fragen beschäftigen sich mit emotionalem Stress und Ihrer Alltagssituation / Lebensumständen.</b>	
Haben Sie eine Partnerin, einen Partner? Wie zufrieden sind Sie mit der Situation?	
Wie würden Sie Ihre sozialen Kontakte beschreiben? (Z.B. gut, gesellig, lieber alleine , fühle mich isoliert, gut eingebunden, unzufrieden)	
Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer beruflichen Situation?	
Gab oder gibt es Stress im Berufsleben / Ausbildung/ Studium (auch durch Arbeitslosigkeit, Mobbing, etc. )	
Gab es frühe oder plötzliche Todesfälle, oder Selbsttötungen in der Familie oder im engeren Umfeld?	
Häusliches Umfeld / Wie ist Ihre Wohnsituation: Z.B. alleine/ Familie/ WG, laut/ ruhig, zu eng, Hauptverkehrsstraße, fühle mich wohl /nicht wohl...	
Gibt es dort, wo Sie sich oft aufhalten (z.B. zu Hause, Arbeit, Wochenendhaus) Belastungen durch z.B.: Schimmel, Lärm, Abgase, Rauch, Chemikalien, Ausdünstungen, Elektromog	

**Meine Frage**

**Chronologie der (Kranken)geschichte**

Bitte erfassen Sie alle bisherigen Erkrankungen und Operationen, die Sie durchgemacht haben Stichwortartig mit Jahreszahl davor

**Ihre Antwort** (Bitte geben Sie so genau wie möglich an: was, wann, seit wann, wie, wo, wodurch ausgelöst)

**Chronologie der wichtigsten Ereignisse**

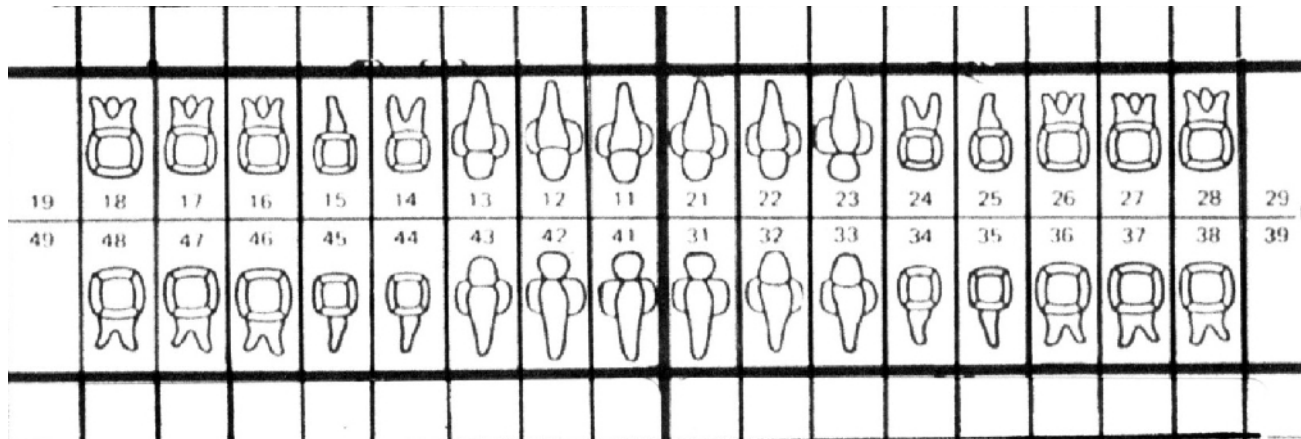
Bitte geben Sie stichwortartig (mit Jahreszahl davor) wichtige Ereignisse in ihrem Leben an, von Umzug bis Trennung, Beziehungsbeginn, Todesfälle, Geburten , Arbeitswechsel, Schulwechsel, alles was Sie als Einschneidend empfunden haben.

## Zahnschema

Die Zähne haben für die Gesundheit eine ganz besondere Bedeutung, es gibt viele Wechselwirkungen zwischen Körperorganen und den Zähnen. Bitte füllen Sie das Zahnschema so genau wie es geht aus, lassen Sie sich gegebenenfalls von Ihrem Zahnarzt / Zahnärztin helfen. Bitte tragen Sie ein:

- **f**: Welche Zähne fehlen, seit wann (Jahr)?
- **w**: Welche Zähne sind wurzelbehandelt, seit wann (Jahr)?
- **X**: Welche Zähne eine Füllung haben mit welchem **Material** (z.B. Amalgam, Kunststoff, Gold), seit wann? (J)
- **k**: Welche sind überkront, Material, seit wann (Jahr)?
- **b**: Brücke? Material, seit wann (Jahr)?
- Implantate, Material, seit wann (Jahr)?
- Sonstige wichtige Angaben: Operationen im Kieferbereich etc.: wann, wo, was?

rechts



links

Ein Tipp für zukünftige Zahnbehandlungen: lassen Sie sich vom Zahnarzt genau aufschreiben, welches Material verwandt wurde, welcher Kleber benutzt und was gemacht wurde.

---

**Geschäftsbedingungen** Bitte sorgfältig durchlesen, um eventuellen Missverständnissen vorzubeugen.

### 1. Bezahlung

Das abgesprochene Honorar ist sofort nach jeder Behandlung in bar fällig, sofern nichts anders vereinbart wurde: Bei Rechnungsstellung: spätestens zu dem auf der Rechnung angegebenen Termin - unabhängig von einer eventuellen Erstattung durch private Krankenversicherungen. Ebenso ist das Honorar in jedem Fall in voller Höhe zu entrichten, auch wenn Ihre Versicherung nur einen Teil übernimmt.

### 2. Terminvereinbarungen / Absagen

Da ich eine Terminpraxis führe und meinen Patient/Innen lange Wartezeiten ersparen möchte, bitte ich Sie, die vereinbarten Termine **unbedingt einzuhalten**. Falls Sie einen vereinbarten Termin dennoch einmal nicht einhalten können, benachrichtigen Sie mich bitte so bald wie möglich, **spätestens** jedoch **24 Stunden** vorher **telefonisch\*** (bei Montagsterminen entsprechend am Freitag). Andernfalls wird eine **Ausfallgebühr** entsprechend der für Sie reservierten Zeit in Rechnung gestellt. Diese Gebühr wird nicht von der Versicherung übernommen. Bitte haben Sie Verständnis, dass diese Regelung **unabhängig** vom Grund der Absage gilt.

\*Terminabsagen bitte ausschließlich telefonisch (mein Anrufbeantworter zeichnet ggf. ihre Nachricht zuverlässig auf und wird von mir regelmäßig abgehört).

### Erklärung der Patientin / des Patienten:

Die AGB's habe ich gelesen. Mit meiner Unterschrift und einer Terminvereinbarung erkenne ich Sie als für mich verbindlich an.

---

Ort, Datum, Unterschrift