

# Praxis für ganzheitlich-individuelle Therapie

## Dr. med. Rainer Didier Facharzt für Allgemeinmedizin

**Klassische Homöopathie, Neuraltherapie, Naturheilverfahren,  
Ernährungsmedizin, Mikro- und Nährstoffmedizin, TCM, medizinische  
und psychotherapeutische Hypnose**

**Nordhofstr. 173  
32130 Enger  
[www.dieSanfteMedizin.de](http://www.dieSanfteMedizin.de)  
[praxis@dieSanfteMedizin.de](mailto:praxis@dieSanfteMedizin.de)  
Tel. : 05224-994677**

Sehr geehrter Patient, um Ihnen eine ganzheitliche individuelle Medizin anbieten zu können, wäre es schön, Sie würden so viel Fragen wie möglich beantworten. Sollten Sie irgendwelche persönliche Angaben nicht schriftlich machen wollen, so ist Ihnen dies natürlich freigestellt.

**Ihre Antworten werden gemäß der ärztlichen Schweigepflicht absolut vertraulich behandelt.**

Bringen Sie bitte ALLE medizinischen Befunde der Vergangenheit mit (Arztberichte, Krankenhaus- Entlassungsberichte, Blut- und Laborbefunde etc. ....sofern vorhanden; ggf. bitte bei den entsprechenden Praxen oder Krankenhäusern anfordern), und wenn möglich auch eine Aufstellung aller in der Vergangenheit eingenommenen Medikamente/ Nahrungsergänzungsmittel/ homöopathischen Mittel.

### WARUM ALL DIESE FRAGEN ?

Sie kommen in meine Praxis weil Sie Beschwerden/ Symptome haben, weil sie krank sind. Dieser Zustand ist vergleichbar mit einem mit Wasser gefüllten Fass welches zeitweise oder ständig überläuft. Um alle in Frage kommenden Elemente/Faktoren zu erkennen (Ernährung, Psyche, emotionale Faktoren, Unfälle, Verletzungen, Impfungen, Vergiftungen, Medikamente, familiäre Veranlagung, Zahnbehandlungen, Umweltfaktoren), die sich im Laufe der Zeit in diesem Fass angesammelt haben, ist eine ausführliche Anamnese äußerst wichtig. So ist es dann möglich, ganzheitlich auf diese verschiedenen Ebenen einzuwirken um den „Wasserpegel“ in dem Fass zu senken, so dass es nicht mehr überläuft -> Sie keine oder weniger Beschwerden und Symptome haben.

Sollten sie den Fragebogen mit dem PC ausfüllen benutzen Sie bitte eine andere Farbe für Ihre Antworten damit sich diese deutlich von den Fragen abheben.

**Fragebogen von Frau/Herr/Kind/  
Vorname:  
Geburtsdatum:  
Strasse:  
Email:  
Handy:  
Tel. geschäftlich:**

**Akademischer Grad:  
Nachname:  
Geburtsstunde:  
PLZ/Ort:  
Tel. privat:**

**Krankenversicherung: gesetzlich versichert / privat / privat + Beihilfe/ Selbstzahler**

**Was ist IHR wichtigstes Anliegen im Bezug auf Ihren Besuch in meiner Praxis?**

**Warum kommen Sie in meine Praxis?**

Jetzige Beschwerden? (seit wann, wo, wie oft, wie lange, bei welchen Gelegenheiten, was haben Sie schon alles versucht um die Beschwerden zu lindern)

Hauptbeschwerde:

Nebenbeschwerden:

Wie ist der Schmerzcharakter? (Z.B. stechen, dumpf, brennend etc.)

Wodurch werden Ihre Hauptbeschwerden beeinflusst:

	kein Effekt auf Beschwerden	besser	schlechter
Bewegung	.....	.....	.....
Sitzen	.....	.....	.....
Stehen	.....	.....	.....
Liegen	.....	.....	.....
Nachts	.....	.....	.....
Morgens	.....	.....	.....
Abends	.....	.....	.....
Jahreszeit(welche)	.....	.....	.....
Kälte	.....	.....	.....
Wärme	.....	.....	.....
Druck	.....	.....	.....
Schlaf	.....	.....	.....
Urlaub	.....	.....	.....

Wenn Sie Ihre Beschwerden und Schmerzen in einer Skala von 0 bis 100% einteilen sollen, wie stark sind Ihre Beschwerden etwa. Machen Sie spontan ein Kreuz auf die Skalen.

*Im schlimmsten Fall*

Stärkste vorstellbare Schmerzen/Beschwerden ..... neutrales Befinden  
100%-----0

*Im besten Fall*

Stärkste vorstellbare Schmerzen/Beschwerden ..... neutrales Befinden  
100%-----0

Vorerkrankungen, bitte mit Datum ?

Welche Fachärzte oder auch Heilpraktiker haben Sie bereits aufgesucht?

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Untersuchungen:**

Wann war die letzte Untersuchung, was wurde untersucht; Ergebnis? Welche Werte waren verändert?

Bitte bringen Sie **Befunde** und **Röntgenaufnahmen** (auch Zahnrontgenaufnahmen) mit, soweit vorhanden.

Röntgen:.....  
CT:.....  
MRT:.....  
Labor:.....  
EEG/EKG:.....  
Magen-/Darmspiegelung:.....

**Operationen? Wann war dies jeweils, in welchem Jahr?**

- |                               |                     |             |
|-------------------------------|---------------------|-------------|
| -Blinddarmnarbe?              | -Mandeln?           | -Galle?     |
| -Leiste/Hoden?                | -Magen?             | -Unterleib? |
| -Auge?                        | -Geschlechtsorgane? | -Ohr?       |
| -Finger/Zehen?                | -Muttermale?        | -Warzen?    |
| -sonstige Narben/Operationen? | Wo?                 |             |

**Klinikaufenthalte, Krankenhausaufenthalte, Kuren ( wann, wieso, wo ? )**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Unfälle?**

- Knochenbrüche?
- Gehirnerschütterungen?
- Verletzungen der Halswirbelsäule oder des Kopfes?
- Schleudertrauma?
- Verbrennungen?
- Vergiftungen?

Welche Krankheiten (Krebs, Tuberkulose, Diabetes, Herzkreislauf, ... usw.) gab es bei:  
Mutter?.....Woran verstorben?  
Vaters? .....Woran verstorben?  
Großmutter (mütterlicherseits)?.....Woran verstorben?

Großmutter (väterlicherseits)? .....Woran verstorben?  
Großvaters (mütterlicherseits)? .....Woran verstorben?  
Großvaters (väterlicherseits)? ..... Woran verstorben?  
Geschwister? .....Woran verstorben?

Wie viel Geschwister haben Sie? Als wievielte(r) Ihrer Geschwister sind Sie geboren?

Single? – Verheiratet, seit wann.....? – Geschieden, seit wann.....?, -  
Getrennt Lebend, seit wann.....? – Verwitwet, seit wann .....?  
Jetzige Lebensgemeinschaft/ Freund/Freundin seit.....mit Mann/Frau ?  
Haben Sie Kinder?

--Wann sind diese geboren?

--Wie verliefen die Schwangerschaften?

Krankheiten /Symptome der eigenen Kinder (wenn vorhanden)?

Welche Medikamente/ Nahrungsergänzung/ Kräuter/Pflanzliche Tees/Homöopathische Präparate, nehmen Sie?

1.	Dosierung?	Seit wann nehmen Sie dies?
2.	Dosierung?	Seit wann nehmen Sie dies?
3.	Dosierung?	Seit wann nehmen Sie dies?
4.	Dosierung?	Seit wann nehmen Sie dies?
5.	Dosierung?	Seit wann nehmen Sie dies?
6.	Dosierung?	Seit wann nehmen Sie dies?
7.	Dosierung?	Seit wann nehmen Sie dies?
8.	Dosierung?	Seit wann nehmen Sie dies?

Rauchen Sie?\_\_\_\_\_seit wann?\_\_\_\_\_Wie viel? \_\_\_\_\_ Was?

Haben Sie vor mit Rauchen auf zu hören?

wenn ja: Wann?\_\_\_\_\_

wenn nein: Warum nicht? \_\_\_\_\_

Drogen, haben sie jemals Drogen genommen (auch Cannabis) ?

Alkohol, welche Sorte? \_\_\_\_\_ Wie oft pro Woche? \_\_\_\_\_ Wie viel?

Als Kind gestillt?\_\_\_\_\_Wie lange?

Wie war die eigene Schwangerschaft? Gab es Besonderheiten?

Wie war die eigene Geburt?

Wann kamen die ersten Zähne?

Wann fing das Sprechen an?

Wann fing das Laufen an?

Milchschorf?

### Psyche:

Was glauben SIE, warum sie diese Krankheit/ Symptome bekommen haben:

Wollen Sie wirklich aus tiefster innerster Überzeugung gesund werden?

Was wird sich ändern bei Ihnen/Ihrem Umfeld wenn Sie gesund sind?

Sind sie spirituell/ gläubig?

Glauben Sie an ein Leben nach dem Tod?

Antriebslosigkeit?

Weinen Sie schnell? Sind Sie nah am Wasser gebaut?

Depressionen?

Unruhe?

Konzentrationsprobleme?

Selbstwertgefühl ?

Gedächtnisstörungen?

Ordentlich, pedantisch?

Ängste (Höhenangst, Gewitter, Dunkelheit, Tiere (Hunde, Spinnen, Schlangen,..., Tunnel, Fahrstuhl, Einbrecher, fremde Menschen, Zukunft, Exsamen, Gesundheit, um Kinder, um Familie, um Eltern, Horrorfilme.....?)

Gibt es Tiere die Sie besonders mögen oder gegen die Sie eine Abneigung haben.

Können Sie gut allein sein?

Ihr äußeres Erscheinungsbild ist Ihnen: sehr wichtig—wichtig—weniger wichtig—egal

Was war für Sie das am tiefsten gehende emotionale Erlebnis/Verletzung in Ihrem bisherigen Leben?

Haben Sie eine oder mehrere Lieblingsfarben?

Welche Farben mögen Sie überhaupt nicht?

Welche Musik mögen Sie besonders?

Welche Musik berührt Sie emotional?

Welche Berufsausbildung haben Sie?

Was machen Sie im Alltag?

Arbeitsplatzbeschreibung:

Belastende Probleme am Arbeitsplatz?

Belastende Probleme in der Beziehung / Partnerschaft / Partnersuche?

Belastende Probleme mit der Familie?

Belastende Probleme mit Freunden?

Hobbys:

**Immunsystem:**

Wie oft haben Sie Infekte?

Allergien?

-- Pollenallergie (Bäume, Gräser,...)

-- Hausstaub

-- Nahrungsmittel

-- Tiere

-- Medikamente

-- sonstige.....

Wann hatte Sie das letzte Mal Fieber? \_\_\_\_\_Wie oft pro Jahr?

Wann hatten Sie letztmalig Fieber?

**Haut:**

Ausschlag?

Neurodermitis?

Milchschorf?

Akne?

Herpes?

Warzen?

Nasenbluten?

Risse zwischen den Zehen?

Risse Fingerspitzen?

Risse Mundwinkel?

Risse Nase?

Hornhaut übermäßig?

Schnell blaue Flecken?

Trockene Haut?

Schuppen?

Vertragen Sie Schafswolle auf der Haut?

Vertragen Sie Modeschmuck?

Fettige Haut?  
Fettige Haare?  
Trockene Haare?  
Muttermale?  
Leberflecken?  
Wie oft waren sie in Ihrem Leben im Solarium?  
Nickelallergie?  
Tätowierungen?  
Piercings?  
-- Wo?

**Nägel:**

Brechen, brüchig?  
Flecken?  
Fußnageloperationen?  
Nagelpilz?  
--Wo?  
--Wie viel?  
Hautfetzen am Nagelrand?  
Kauen Sie an den Finger / Fußnägeln?

**Haare**

Ausfall?  
--Diffus  
--Regional  
--Lokalisation  
Brüchige Haare?

**Ohren**

Tinnitus, Ohrgeräusche?  
Hörfähigkeit eingeschränkt?  
Ohrenschmerzen?  
Knacken?  
Viel Ohrschmalz?  
Juckreiz?  
Schwindel?  
Risse hinter den Ohren?  
Wann wurden die Ohrlöcher gestochen?  
Entzündete Ohrlöcher?  
Kosmetische Operation am Ohr?

**Kopfschmerzen**

Migräne?  
--Wie oft pro Monat?  
--Mit Erbrechen?  
--Mit Sehstörungen?  
--Mit Übelkeit?  
--Mit Durchfall?  
--Mit anderen Neurologischen Störungen?  
Kopfschmerzen?  
--Wie oft Pro Woche?  
Ist Sonne auf dem Kopf ein Problem?

**Nase**

Nasennebenhöhlen?  
Schnarchen?  
Niesen?  
Schleim?  
Krusten?  
Wie ist Ihre Luftfeuchtigkeit in Prozent?  
--Ihren Wohnräumen?  
--An Ihrem Arbeitsplatz?

--Wie viel Stunden fahren Sie Auto, Pro Tag?  
Gibt es Schimmelstellen im Haus oder Keller?  
Kosmetische Operation an der Nase ?  
Nasenmuschel/ Scheidewand Operationen?

### **Augen**

Trockene Augen?  
Tränen?  
Sehstörungen?  
Grauer Star?  
Grüner Star?  
Letzte Augendruck Untersuchung?  
Letzte Augenhintergrund Untersuchung?  
Juckreiz?  
Kontaktlinsen? Seit wann ?  
Augenoperationen?  
Kosmetische Operation?  
Seit wann haben Sie eine Brille?  
- wann wurde das Gestell/ die Sehstärke das letzte mal geändert?

### **Mund/ Rachen**

Lippenbändchen als Kind operiert/geschnitten? Wann?  
„Polypen“ : noch vorhanden? / wann entfernt?  
Rachenmandeln : noch vorhanden? / wann entfernt?  
Weißheitszähne: noch vorhanden? / wann entfernt?  
Gibt es Zähne die sie ab und zu merken/fühlen/die schmerzen?  
--Wenn ja welche?

Tote Zähne?	Seit wann?	Welche?
Wurzelspitzenresektionen?	Wann?	Welche?
Entzündungen an Wurzel?	Wann?	Welche?

Wann war die letzte Röntgenuntersuchung der Zähne:  
(Übersichtsaufnahme, OPG, DVT, Einzelzahnaufnahme?)  
Entzündungen Zahnfleisch?

Aphthen?

Metalle:

--Amalgam?

--Gold?

--Palladium?

--Titan?

--Kunststoffe?

--Keramik?

--Implantate?

--Inlay ?

--Brücken?

--Kronen?

Mundgeruch?

Mundstrom, komisches Gefühl wenn Sie z.B. Löffel ablecken?

Zungen Belag?

Komischer Geschmack im Mund?

-- Schmeckt nach nichts, oft sauer, oft bitter, oft faulig, oft blutig?

Zahnspangen (von wann bis wann)?

Zahnröhre(von wann bis wann)?

Zähneknirschen?

### **Schilddrüse:**

Vergrößerung?

Entzündung?

Zysten?

Knoten?

Antikörper?

Autoimmunerkrankungen?

Können sie eng anliegende Kleidung am Hals ertragen?

**Brustkorb:**

Husten?

Heiserkeit?

Husten?

--Akut?

--Chronisch?

Asthma?

--Allergisch?

--Belastungs- Asthma?

Schmerzen?

--beim Atmen?

--bei Anstrengung?

--nach dem Essen?

--nach dem Ärger oder Zorn?

**Herz / Kreislauf:**

Blutdruck?.....Wann war die letzte Messung?

Puls?

Herzklopfen?

Herzrasen?

Herzstiche?

**Ernährung:**

Wie groß sind sie?

Wie viel wiegen Sie?

Gewicht: gleichbleibend      starke Zunahme      starke Abnahme (Wie viel kg? In welcher Zeit?)

BMI?

Fettmasse?

Haben Sie schon mal gefastet? \_\_\_\_\_ Wann?

Können Sie sich vorstellen in Zukunft mal zu fasten?

Wie oft Obst/frische Obstsäfte? Pro Woche: \_\_\_\_\_

Welches Obst?

Wie oft frische Salate (Rohkost)? Pro Woche: \_\_\_\_\_

Welche Salate/Rohkost?

Wie oft Gemüse/Gemüsesäfte? Pro Woche: \_\_\_\_\_

Welches Gemüse?

Wie oft Vollkornprodukte? Pro Woche: \_\_\_\_\_

Vegetarisch?

Wie oft Wurst / Aufschnitt? Pro Woche: \_\_\_\_\_

Wie oft Fleisch? Pro Woche: \_\_\_\_\_ Welches Fleisch?

Wie oft Fisch? Pro Woche: \_\_\_\_\_ Welcher Fisch?

Wie oft frittierte oder panierte Speisen? Pro Woche: \_\_\_\_\_

Wie viel Eier pro Woche?

Wie oft Nüsse? Pro Woche: \_\_\_\_\_

Welche Öle benutzen Sie? \_\_\_\_\_

Essen Sie Butter oder Margarine? \_\_\_\_\_

Wie oft Milchprodukte? Pro Tag: \_\_\_\_\_ Pro Woche: \_\_\_\_\_

Welche Milchprodukte? \_\_\_\_\_

Wie oft Limonaden (Cola)? Pro Woche: \_\_\_\_\_

Wie oft Light Produkte? Pro Woche: \_\_\_\_\_

Wie oft Süßigkeiten/ Zucker? Pro Woche: \_\_\_\_\_

Wie oft Diabetikerprodukte? Pro Woche: \_\_\_\_\_

Wie oft Zuckeraustauschstoffe? Pro Woche: \_\_\_\_\_

Welche sonstigen Getränke? \_\_\_\_\_

--Gesamtflüssigkeits-Menge pro Tag (alle Getränke zusammen) \_\_\_\_\_ Liter?

--Trinken sie nachts? \_\_\_\_\_

--Schwarzer Tee, welche Menge? \_\_\_\_\_

--Grüner Tee, welche Menge? \_\_\_\_\_

--Kaffee, welche Menge? \_\_\_\_\_

Essen Sie nachts?  
Kauen Sie zuckerfreie Kaugummis oder Lutschbonbons?

Was essen sie besonders gerne? \_\_\_\_\_

Was mögen Sie überhaupt nicht? \_\_\_\_\_

Was vertragen Sie nicht, von welchen Speisen merken Sie etwas? \_\_\_\_\_

Treten Beschwerden auf nach dem Verzehr von:

- Brot, Müsli, Kartoffeln, Reis, Nudeln? Glutenunverträglichkeit?
- Hartkäse, Emmentaler, Rotwein, Thunfisch, Sauerkraut oder Salami? Histamin Unverträglichkeit?
- Zuckeraustauschstoffe, Süßungsmitteln, Diabetikernahrung, Diätprodukten bzw. künstlich gesüßten Lebensmittel?
- Milch oder Milchprodukten? Laktose Unverträglichkeit?
- Obst, Obstsaften, Limonaden? Fruktose Unverträglichkeit?
- Nahrungsmittel Allergien?

### **Magen- Darm**

Blinddarm noch vorhanden? Ja / Nein

Wann war die letzte Darmkrebsvorsorge?

Wann war die letzte Darmspiegelung?

Wann war die letzte Magenspiegelung?

Stuhlgang? \_\_\_\_\_ x/Tag \_\_\_\_\_ x/ Woche

Hat sich die Häufigkeit verändert?

Stuhl ist meistens: Hart - normal – weich/breilig – flüssig- wie Schafskot (dunkle Kügelchen)- klebrig? Farbe des Stuhlgangs? Dunkelbraun – hellbraun – gelblich – grünlich – rötlich – schwarz ?

Enthält der Stuhl Beimengungen? Schleim – Blut – unverdaute Speisen – Eiter?

Hämorrhoiden?

Analfissuren/Risse?

Fisteln?

Magenschmerzen?

Blähungen? Rumoren/Darmkollern/Darmgeräusche im Bauch/Magen?

Blähbauch? Völlegefühl? \_\_\_\_\_ wenn ja wo?

Bauchschmerzen? Reizdarm?

--strahlen in Rücken oder Schulter?

--strahlen gürtelförmig unterhalb des Nabels

--im rechten Unterbauch

--sofort nach dem Essen?

--20 min. nach dem Essen?

--1 Std. nach dem Essen?

--wann?: morgens? tagsüber? nachts? Nüchtern? (vor den Mahlzeiten)

--beim Essen?

Erbrechen?

Sodbrennen?

Appetitlosigkeit?

Übelkeit? \_\_\_\_\_ Vor? Während? Nach dem Essen? Besser durch Essen?

Aufstoßen?

--wie schmeckt das Aufgestoßene? Nach nichts, oft sauer, oft bitter, oft faulig, oft blutig?

--Wie ist der Geruch? (übel, faulig, säuerlich, wie Fisch, wie verfaulte Eier, geruchlos)

Haben oder hatten Sie Würmer oder sonstige Parasiten?

--Haben Sie Haustiere?

--Waren Sie im Ausland?

### **Blase**

Entzündungen?

Urinverlust ?

- Bei Husten?
- Bei Lachen?
- Bei Springen?
- Harndrang ?
- Am Tag \_\_\_\_\_ x Mal
- In der Nacht? \_\_\_\_\_ x Mal

**Niere:**

- Steine?
- Gries?
- Entzündungen?
- Zysten?
- Steine?

**Gynäkologie:**

- Ausfluss?
- Kaiserschnittnarbe?
- Wurden Sie nach der Entbindung „genäht“ ?
- Zyklusblutung alle <2 Wochen\_\_\_alle 2 Wochen\_\_\_alle 3 Wochen\_\_\_alle 4 Wochen  
alle 5 Wochen\_\_\_alle 6 Wochen\_\_\_alle >6 Wochen\_\_\_ganz unregelmäßig\_\_\_keine mehr
- Wie viel Tage starke Blutung?\_\_\_Wie viel Tage leichte Blutung?
- Wie alt waren Sie bei Ihrer ersten Regelblutung?
- Zwischenblutungen?
- Wiederkehrende Infektionen?
- Unerfüllter Kinderwunsch?
- Datum der letzten Blutung?
- Unterleibsschmerzen? Wann? Wo?
- Brustbeschwerden?
- Brustschmerzen/Brustschwellung vor der Regel?
- Psychische Beschwerden Zyklusbedingt?
- Myome? Zysten?
- Pille? \_\_\_\_\_ seit wann?
- Spirale mit Hormon? \_\_\_\_\_ seit wann?
- Spirale ohne Hormon? \_\_\_\_\_ seit wann?

**Prostata- männliches Glied**

- Entzündungen?
- Unerfüllter Kinderwunsch?
- Phimose oder Entzündungen der Harnröhre?
- Beschneidung?

**Sexualität:**

- Heterosexuell – Homosexuell – Bisexuell ?
- Wie sind Sie mit Ihrem Sexualleben zufrieden auf einer Skala 0-10 (0 = überhaupt nicht zufrieden - 10 = sehr zufrieden)?
- Bedürfnis normal?
- Bedürfnis erhöht?
- Bedürfnis vermindert?
- Beschwerden vor / während / nach Geschlechtsverkehr?

**Bewegungsapparat:**

- Arthrose: \_\_\_\_\_ Welche Gelenke? \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_ 1 Gelenk \_\_\_\_\_ 2 Gelenke \_\_\_\_\_ 3 Gelenke \_\_\_\_\_ > 3 Gelenke
- Zittern?
- Muskelschwäche?
- Taubheitsgefühle?
- Kribbelgefühle?
- Rückenschmerzen, Hernia, Hexenschuss, Ischias?
- Krämpfe in den Beinen?
- Wachstumsschmerzen?
- Krampfadern?

Kribbeln?  
Taubheit?  
Arthroskopien?

**Schlaf:**

Wie viel Stunden Schlaf brauchen Sie?.....Wie viel bekommen Sie  
tatsächlich?.....

Einschlafen:

Schnell \_\_\_ < 15 min. \_\_\_ < 30 min. \_\_\_ < 45 min. \_\_\_ < 60 min. \_\_\_ < 90 min \_\_\_ < 120 min

Durchschlafen: \_\_\_ 0 x wach \_\_\_ 1 x wach \_\_\_ 2 x wach \_\_\_ 3 x wach \_\_\_ > 3 x wach

Schnarchen?

Atemaussetzer?

Speichelfluss aus dem Mund während des Schlafes?

Lieblings-Schlafposition?

Auf was für einer Matratze schlafen Sie?

Zähneknirschen?

Schlafwandeln?

Hat der Mond Einfluss auf Sie?

Nächtliches Schwitzen?

Traumlos?

Alpträume?

Haben Sie Elektrogeräte im Schlafzimmer?

--Welche?

**Stoffwechsel:**

Gicht?

Diabetes Typ 1?

Diabetes Typ 2?

**Energie:**

Allgemein fröstelig?

Allgemein viel Körperwärme?

Kalte Hände?

Kalte Füße?

Heiße Hände?

Heiße Füße?

Stecken Sie die Füße aus dem Bett?

Zugluft Empfindlichkeit?

Ausgeprägtes Verlangen nach frischer Luft?

Schwitzen?:

--Schnell? \_\_\_\_\_ Garnicht?

--Wo? \_\_\_\_\_ Achsel? \_\_\_\_\_ Füße? \_\_\_\_\_ Nachts im Bett?

--Schweißgeruch? : .....nach was riecht der Schweiß?

Sonne wird:

--gut vertragen? \_\_\_\_\_ schlecht vertragen?

Frühjahrsbeschwerden?

Sommerbeschwerden?

Herbstbeschwerden?

Winterbeschwerden?

Wetterfühligkeit?

In den Bergen fühle ich mich: besser -- gleich -- schlechter

Am Meer fühle ich mich: besser -- gleich -- schlechter

Tageszeiten zu denen ich fit bin:

Tageszeiten zu denen ich müde/ schlapp/ schwach bin:

Energie: Wie viel Prozent ihrer „normalen“ Energie stehen Ihnen zurzeit zur Verfügung auf  
einer Skala 0-100% (0% = überhaupt keine Energie – 100% = sehr gute Energie):

Sport:

--Welcher Sport?

--Wie oft pro Woche?

--Wie lange?

Sauna: \_\_\_\_\_ Wie oft pro Woche?  
 Yoga: \_\_\_\_\_ Wie oft pro Woche?  
 Meditation: \_\_\_\_\_ Wie oft pro Woche?

**Impfungen**

Datum Tetanus Impfungen:  
 Datum Diphtherie Impfungen:  
 Datum Polio Impfungen:  
 Datum HPV Impfungen:  
 Datum MMR ( Mumps, Masern, Röteln) Impfungen:  
 Datum Hepatitis A Impfungen:  
 Datum Hepatitis B Impfungen:  
 Datum Gelbfieber Impfungen:  
 Datum Keuchhusten Impfungen:  
 Datum FSME / Zecken Impfungen:  
 Wurden Sie gegen Tuberkulose ( BCG ) geimpft?  
 Sonstige Impfungen?  
 Hatten Sie auf Impfungen wahrnehmbare Reaktionen?  
 Impfreaktion ? (Rötung, Schwellung, Eiter, Müdigkeit, Schwäche, Infekte, Fieber,.....)

**Labor:**

Cholesterinwerte ? – erhöht? \_\_\_\_\_ -normal? \_\_\_\_\_  
 Leberwerte? – erhöht? \_\_\_\_\_ -normal? \_\_\_\_\_  
 Eisenmangel?  
 Magnesiummangel?  
 Calciummangel?  
 Zinkmangel?  
 Selenmangel?  
 Vit D Mangel?  
 Vit B Mangel?  
 Sonstige Abweichungen oder Mängel?

**Selbsteinschätzungs-Test zur Versorgungslage mit Vitaminen und Mineralien:**

1. Glauben Sie dass sie mit B-Vitaminen sehr gut? – gut? – schlecht?– sehr schlecht? versorgt sind. (Wird bestimmt mittels dem Blut Homocystein Wert )
2. Glauben Sie dass sie mit Vitamin D (Sonnenvitamin) sehr gut ? – gut? – schlecht?– sehr schlecht? versorgt sind. (Wird bestimmt im dem Blut)
3. Glauben Sie dass sie mit dem Spurenelement Selen sehr gut? – gut? – schlecht?– sehr schlecht? versorgt sind. (Wird bestimmt im Vollblut, ist wichtig für das Immunsystem, Schilddrüse und Krebszellenabwehr)

**Optionale Fragen:**

Sollten Sie Beschwerden im Bereich Ernährung/Verdauung/Gewicht/Diabetes/... haben kann das ausfüllen eines oder mehrerer Tagesprotokolle der täglichen Nahrungsaufnahme sinnvoll sein.

Mahlzeit	Datum und Uhrzeit	Welche Speisen / Menge	Welche Getränke / Menge	Situation
Frühstück				
Zwischenmahlzeit				

Mittagessen				
Zwischenmahlzeit				
Abendessen				
Spätmahlzeit				
Bewegung				

**Erklärung zur Abrechnung (GOÄ)- Behandlungsvertrag ( zum Verbleib in der Praxis**

Name des Patienten: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Die Abrechnung erfolgt auf der Grundlage der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) 1996, **wobei einige spezielle diagnostische und therapeutische Leistungen, die auf besonderen Erfahrungen und Fertigkeiten basieren und nicht in der GOÄ aufgeführt sind, analog bewertet und abgerechnet werden müssen.** Teilweise werden zudem Laborleistungen angefordert die über das als „allgemein medizinisch notwendige Maß“ hinausgehen, bzw. deren „medizinische Notwendigkeit“ durch Versicherer u.a. auf Grund von Sparmaßnahmen immer öfter in Frage gestellt werden. Fehlende Versicherungen oder Unterversicherungen, sowie beihilferechtliche Vorschriften oder Einschränkungen, sind nicht Gegenstand dieses Behandlungsvertrages und erlauben keine Kürzungen unserer Liquidationen, die sich ohne gesonderte Verabredung nach dem 1.8 bis 3,5 fachen Gebührensatz bemessen. Eine Erstattung der Behandlungskosten

(auch Fremdkosten wie z.B. Laborkosten, Medikamente die zum Teil nicht wissenschaftlich anerkannt sind,...) durch Erstattungsstellen ist somit möglicherweise nicht bzw. nicht im vollem Umfang gewährleistet. Bei der Behandlung wird einem Off-Label-Use von Medikamenten zugestimmt. Off-Label-Use bedeutet dass ein Medikament (arzneilicher Wirkstoff) außerhalb seiner arzneirechtlichen Zulassung eingesetzt wird, dies betrifft vor allem Aspekte der Zulassung wie Anwendungsgebiete, Darreichungsform, Dosierung, Einnahmezeitpunkt und Behandlungsdauer.

Zudem wird gemäß §2 GOÄ folgende Vereinbarung getroffen:

Ziffer GOÄ 30 „Homöopathische/Orthomolekulare Erstanamnese (1x / Jahr)“ wird in der Regel mit einem 3,5 fachen Faktor abgerechnet (das entspricht einem Betrag von 183,61 Euro)  
Ziffer GOÄ A30 „Ernährungsmedizinische Erstanamnese (1x / Jahr)“ in der Regel mit einem 3,5 fachen Faktor abgerechnet (das entspricht einem Betrag von 183,61 Euro)  
Ziffer GOÄ A860 „Regulationsmedizinische Anamnese (1x / Jahr)“ wird in der Regel mit einem 3,5 fachen Faktor abgerechnet (das entspricht einem Betrag von 187,69 Euro)  
Ziffer GOÄ 31 „Homöopathische/Orthomolekulare Folgeanamnese“ wird in der Regel mit einem 3,5 fachen Faktor abgerechnet werden ( das entspricht einem Betrag von 91,80 Euro)  
Ziffer GOÄ A31 „Ernährungsmedizinische Folgeanamnese“ wird in der Regel mit einem 3,5 fachen Faktor abgerechnet ( das entspricht einem Betrag von 91,80 Euro)  
Ziffer GOÄ 1 „Beratung – auch per Telefon“ wird in der Regel mit einem 3,5 fachen Faktor abgerechnet ( das entspricht einem Betrag von 16,32 Euro)  
Ziffer GOÄ 3 „Eingehende Beratung – auch per Telefon“ wird in der Regel mit einem 3,5 fachen Faktor abgerechnet ( das entspricht einem Betrag von 30,60 Euro)

**Da es sich bei meiner Praxis um eine reine Terminpraxis handelt, werden Sprechstunden-Behandlungstermine die nicht rechtzeitig (24 Std. vor dem abgesprochenen Termin) abgesagt werden, in Rechnung gestellt.**

Sämtliche Ansprüche, die aus dem zwischen Arzt und Patient betroffenen Behandlungsvertrag resultieren, können - soweit sie nicht dem gesetzlichen Forderungsübertrag unterliegen - von dem Patienten weder abgetreten noch verpfändet werden.

Die Gebührenordnung für Ärzte liegt zur Einsichtnahme bereit.

Der Patient, sein Vormund oder Erziehungsberechtigter, stimmt hiermit obigem Behandlungsvertrag in allen Punkten zu. Zudem erlaubt der Patient, sein Vormund oder Erziehungsberechtigter, dass nach Paragraph 73 Abs. 1 b Satz 1 SGB V, der Arzt die für die Behandlung erforderlichen Behandlungsdaten und Befunde bei dem Hausarzt und anderen Leistungserbringern anfordern und/oder an diese weitergeben darf.

Enger, den \_\_\_\_\_ Unterschrift des Patienten \_\_\_\_\_  
(hiermit wird auch bestätigt eine Abschrift dieser Vereinbarung bekommen zu haben)

Unterschrift des Arztes \_\_\_\_\_

### **Erklärung zur Abrechnung (GOÄ)- Behandlungsvertrag (Kopie für den Patienten)**

Name des Patienten: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Die Abrechnung erfolgt auf der Grundlage der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) 1996, **wobei einige spezielle diagnostische und therapeutische Leistungen, die auf besonderen Erfahrungen und Fertigkeiten basieren und nicht in der GOÄ aufgeführt sind, analog bewertet und abgerechnet werden müssen.** Teilweise werden zudem Laborleistungen angefordert die über das als „allgemein medizinisch notwendige Maß“ hinausgehen, bzw. deren „medizinische Notwendigkeit“ durch Versicherer u.a. auf Grund von Sparmaßnahmen immer öfter in Frage gestellt werden. Fehlende Versicherungen oder Unterversicherungen, sowie beihilferechtliche Vorschriften oder Einschränkungen, sind nicht Gegenstand dieses Behandlungsvertrages und erlauben keine Kürzungen unserer Liquidationen, die sich ohne gesonderte Verabredung nach dem 1.8 bis 3,5 fachen Gebührensatz bemessen. Eine Erstattung der Behandlungskosten (auch Fremdkosten wie z.B. Laborkosten, Medikamente die zum Teil nicht wissenschaftlich anerkannt sind,...) durch Erstattungsstellen ist somit möglicherweise nicht bzw. nicht im vollem Umfang gewährleistet. Bei der Behandlung wird einem Off-Label-Use von Medikamenten zugestimmt. Off-Label-Use bedeutet dass ein Medikament (arzneilicher Wirkstoff) außerhalb seiner arzneirechtlichen Zulassung eingesetzt wird, dies betrifft vor allem Aspekte der Zulassung wie Anwendungsgebiete, Darreichungsform, Dosierung, Einnahmezeitpunkt und Behandlungsdauer.

Zudem wird gemäß §2 GOÄ folgende Vereinbarung getroffen:

Ziffer GOÄ 30 „Homöopathische/Orthomolekulare Erstanamnese (1x / Jahr)“ wird in der Regel mit einem 3,5 fachen Faktor abgerechnet (das entspricht einem Betrag von 183,61 Euro)

Ziffer GOÄ A30 „Ernährungsmedizinische Erstanamnese (1x / Jahr)“ in der Regel mit einem 3,5 fachen Faktor abgerechnet (das entspricht einem Betrag von 183,61 Euro)

Ziffer GOÄ A860 „Regulationsmedizinische Anamnese (1x / Jahr)“ wird in der Regel mit einem 3,5 fachen Faktor abgerechnet (das entspricht einem Betrag von 187,69 Euro)

Ziffer GOÄ 31 „Homöopathische/Orthomolekulare Folgeanamnese“ wird in der Regel mit einem 3,5 fachen Faktor abgerechnet werden ( das entspricht einem Betrag von 91,80 Euro)

Ziffer GOÄ A31 „Ernährungsmedizinische Folgeanamnese“ wird in der Regel mit einem 3,5 fachen Faktor abgerechnet ( das entspricht einem Betrag von 91,80 Euro)

Ziffer GOÄ 1 „Beratung – auch per Telefon“ wird in der Regel mit einem 3,5 fachen Faktor abgerechnet ( das entspricht einem Betrag von 16,32 Euro)

Ziffer GOÄ 3 „Eingehende Beratung – auch per Telefon“ wird in der Regel mit einem 3,5 fachen Faktor abgerechnet ( das entspricht einem Betrag von 30,60 Euro)

**Da es sich bei meiner Praxis um eine reine Terminpraxis handelt, werden Sprechstunden-Behandlungstermine die nicht rechtzeitig (24 Std. vor dem abgesprochenen Termin) abgesagt werden, in Rechnung gestellt.**

Sämtliche Ansprüche, die aus dem zwischen Arzt und Patient betroffenen Behandlungsvertrag resultieren, können - soweit sie nicht dem gesetzlichen Forderungsübertrag unterliegen - von dem Patienten weder abgetreten noch verpfändet werden.

Die Gebührenordnung für Ärzte liegt zur Einsichtnahme bereit.

Der Patient, sein Vormund oder Erziehungsberechtigter, stimmt hiermit obigem Behandlungsvertrag in allen Punkten zu. Zudem erlaubt der Patient, sein Vormund oder Erziehungsberechtigter, dass nach Paragraph 73 Abs. 1 b Satz 1 SGB V, der Arzt die für die Behandlung erforderlichen Behandlungsdaten und Befunde bei dem Hausarzt und anderen Leistungserbringern anfordern und/oder an diese weitergeben darf.

Enger, den \_\_\_\_\_ Unterschrift des Patienten \_\_\_\_\_  
(hiermit wird auch bestätigt eine Abschrift dieser Vereinbarung bekommen zu haben)

Unterschrift des Arztes \_\_\_\_\_