



Bergstraße 31, 01069 Dresden, Tel. 0351-4700103 Fax: -104, info@heilpraxiskoenig.de, www.heilpraxiskoenig.de

FRAGEBOGEN – ANAMNESE

Der Schutz Ihrer Privatsphäre bei der Verarbeitung persönlicher Daten ist für uns selbstverständlich. Ihre persönlichen Daten, die auf diesem Fragebogen erhoben werden, werden gemäß der gesetzlichen Bestimmungen verarbeitet.

ALLGEMEINE DATEN

Name:	Geburtsdatum:
Vorname:	Telefon privat:
Strasse:	Telefon dienstl.:
PLZ / Wohnort:	Fax:
Hausarzt:	Mobil:
Zahnarzt:	E-Mail:
Beruf:	Homepage:
Schüler (Klassenstufe):	Familienstand:
Tätigkeit:	Kinder (Alter):

Wie haben Sie uns gefunden? Internet Anzeigen Prospekt Vortrag Sonstiges

Persönliche Empfehlung von: _____
 (Wir bedanken uns bei unseren Empfehlungsgebern.)

VERSICHERUNG

Gesetzlich (AOK, DAK, usw.) Privatversicherung : _____

Priv. Zusatzversicherung für Heilpraktiker Beihilfe

Bei Kindern: Name und Geburtsdatum d. Rechnungsempfängers:

FRAGEN AN DEN PATIENTEN

Zutreffendes ankreuzen ggf. ergänzen. Mehrfachnennungen sind möglich. Falls der Platz nicht ausreicht, ein Blatt anhängen oder die Rückseite nutzen und das Thema angeben: z. B. Beschwerden.) Bitte beantworten Sie diese Fragen ohne Scheu, ausführlich und wahrheitsgemäß, denn Ihre Antworten sind eine wichtige Grundlage der späteren Behandlung:

1. Was erwarten Sie von einer heilpraktischen Behandlung in unserer Praxis?

 (ggf. gesondertes Blatt anhängen oder Rückseite nutzen)

2. Unter welchen Beschwerden leiden Sie? Falls vorhanden, wie lauten die schulmedizinischen Diagnosen?

Beschwerden bitte einstufen (1 = gering, 10 = extrem stark) + Jahr des 1. Auftretens angeben (z. B. Kopfschmerzen „7“ seit 2002).

_____	O 1 O 2 O 3 O 4 O 5 O 6 O 7 O 8 O 9 O 10
_____	O 1 O 2 O 3 O 4 O 5 O 6 O 7 O 8 O 9 O 10
_____	O 1 O 2 O 3 O 4 O 5 O 6 O 7 O 8 O 9 O 10
_____	O 1 O 2 O 3 O 4 O 5 O 6 O 7 O 8 O 9 O 10
_____	O 1 O 2 O 3 O 4 O 5 O 6 O 7 O 8 O 9 O 10
_____	O 1 O 2 O 3 O 4 O 5 O 6 O 7 O 8 O 9 O 10

(Ggf. gesondertes Blatt anhängen oder Rückseite nutzen. Vorhandene Diagnosen, wenn möglich, beilegen.)



FRAGEBOGEN – ANAMNESE

ALLGEMEINE DATEN

3. Welche Medikamente nehmen Sie derzeit ein oder haben Sie kürzlich eingenommen?

(Bitte auch Vitamine, Mineralien, Antibaby-Pille, Bach-Blüten, homöopathische Mittel, Schüssler-Salze, etc.

Menge der Einnahme angeben + **Medikamenten-Beipackzettel** beilegen)

keine

Medikament: _____ warum: _____ wie häufig: _____ seit wann: _____

(ggf. gesondertes Blatt anhängen oder Rückseite nutzen)

Nehmen Sie Nahrungsergänzungsmittel? nein

ja, welche:

(ggf. gesondertes Blatt anhängen oder Rückseite nutzen)

4. Was geschah kurz vor dem ersten Auftreten Ihrer jetzigen Beschwerden?

z. B.: Erkrankung Kummer Trennung, Trauer, Operationen, Medikamente

weitere Gründe: _____

5. Wie wurden Sie auf die Welt gebracht?

natürliche Geburt: Kaiserschnitt eingeleitete Geburt sonstige Geburtshilfen: _____

Gab es Komplikationen: nein ja, welche: _____

6. Welche Krankheiten sind in Ihrer Familie bekannt? Bitte eintragen: Großeltern, Eltern, Geschwister, Tanten usw. (ms = mütterlicherseits / vs = väterlicherseits)

Osteoporose (Wer): _____ Rheumatismus (Wer): _____

Depressionen (Wer): _____ Nierensteine (Wer): _____

Epilepsie (Wer): _____ Gallensteine (Wer): _____

Herzkrankheiten (Wer): _____ Gicht (Wer): _____

Gefäßkrankheiten (Wer): _____ Allergien (Wer):: _____

Schlaganfall (Wer): _____ Schuppenflechte (Wer): _____

Asthma (Wer): _____ Neurodermitis (Wer): _____

Diabetes (Wer): _____ Schilddrüsenstörungen (Wer): _____

Krebs (Wer): _____ Weitere (Wer):: _____

7. Welche Impfungen haben Sie in den letzten 10 Jahren bekommen? Welche Reaktionen gab es?

(ggf. gesondertes Blatt anhängen oder Rückseite nutzen bzw. **Impfausweis** vorlegen)

8. Wurden Erkrankungen schon einmal mit Antibiotika oder Kortison behandelt? nein

ja: Erkrankung: _____ Wann: _____ Therapie: _____

(ggf. gesondertes Blatt anhängen oder Rückseite nutzen)

9. Haben Sie Allergien: nein ja, folgende: _____

Pollenreaktion? nein ja, im: Jan Feb Mär Apr Mai Jun Jul Aug Sep Okt Nov Dez



FRAGEBOGEN – ANAMNESE

BEREICH: KOPF, HALS

Kopfschmerzen: nein ja: halbseitig links rechts doppelseitig Stirn Augen Schläfen Hinterhauptregion, zyklusabhängig wöchentlich: __-mal, monatlich: __-mal vierteljährlich: __-mal
 seit: _____

Auslöser der Kopfschmerzen: _____

Was hilft: _____

Schwindel: nein ja: wöchentlich: __-mal, monatlich: __-mal vierteljährlich: __-mal

Haare: Haarausfall kreisrunder Haarausfall Schuppen fettig sonstige:
 Probleme seit wann: _____

Augen:

nachlassende Sehkraft: rechtes Auge, seit: _____ linkes Auge, seit: _____

Brille seit: _____

kurz/weitsichtig: rechtes Auge linkes Auge OP: rechts, Jahr: _____ links, Jahr: _____

Grauer Star: rechtes Auge linkes Auge OP: rechts, Jahr: _____ links, Jahr: _____

Grüner Star: rechtes Auge linkes Auge OP: rechts, Jahr: _____ links, Jahr: _____

Makula-Degeneration: rechtes Auge linkes Auge OP: rechts, Jahr: _____ links, Jahr: _____

Ohren: Mittelohrentzündungen Schwerhörigkeit Geräusche/Tinnitus abnehmendes Hörvermögen

Nase: Beschwerden: wöchentlich: __-mal, monatlich: __-mal vierteljährlich: __-mal:

verstopfte Nase: rechts links, Absonderung der Nase wässrig schleimig eitrig grünlich

Heuschnupfen, bekannte Allergien auf: _____

Nasennebenhöhlenentzündungen

Polypen: OP, Jahr: _____ weitere Beschwerden: _____

Mandeln: Beschwerden: wöchentlich: __-mal, monatlich: __-mal vierteljährlich: __-mal:

Operationen Mandelentzündungen (als Kind heute) Halsschmerzen Mundgeruch

weitere Beschwerden: _____

Schilddrüse:

Überfunktion Unterfunktion M. Basedow Hashimoto Vergrößerung Knoten

OP, Jahr: _____

Zähne/Kiefer:

Amalgamfüllungen Entfernung: nein ja, Jahr: _____

Ausleitung: nein ja, Jahr: _____ Wie: _____

Zahnfleischbluten selten häufig immer

Weisheitszähne gezogen Oberkiefer re Oberkiefer li Unterkiefer re Unterkiefer li

Wurzelbehandlungen Oberkiefer re Oberkiefer li Unterkiefer re Unterkiefer li

Anzahl: _____

Goldfüllung Kunststofffüllungen Keramikfüllungen Implantate Prothese

Kiefergelenk: Schmerzen: li. re Geräusche (z. B. Knacken): li. re



Bergstraße 31, 01069 Dresden, Tel. 0351-4700103 Fax: -104, info@heilpraxiskoening.de, www.heilpraxiskoening.de

Aufbiss-Schiene: nein ja, seit: _____

FRAGEBOGEN – ANAMNESE

BEREICH: RUMPF, ORGANE

Brust: Knoten Zysten Krebs Weitere: _____ Letzte Mammographie am: _____

Herz: Stechen Druckgefühl Beklemmung Rhythmusstörungen Schmerz Herzrasen
 Bypass Stent Verkalkung Infarkt(e): _____ Herzfehler: _____

Blutdruck: ist im Allgemeinen eher: zu hoch zu niedrig normal
Wert der letzten Messung: _____ am: _____ Selbstmessung Hausarzt _____

Puls: Wert der letzten Messung: _____ am: _____ Selbstmessung Hausarzt _____

Lunge: Beschwerden: wöchentlich: __-mal, monatlich: __-mal vierteljährlich: __-mal selten
 Bronchitis Husten Asthma Auswurf (Farbe): _____ Weitere: _____

Leber: Entzündung Hepatitis (A B C), Fettleber Unverträglichkeiten (Alkohol) Weitere: _____

Galle: Steine Koliken Druck im Oberbauch Fettunverträglichkeit, OP, Jahr: _____

Magen: Beschwerden: wöchentlich: __-mal, monatlich: __-mal vierteljährlich: __-mal selten
 Völlegefühl Gastritis Appetitlosigkeit Sodbrennen Helicobacterinfektion Magengeschwür
 OP, Jahr: _____ Weitere: _____

Darm: Pilze Hämorrhoiden Blähungen Juckreiz am Darmausgang Weitere: _____

Stuhlgang: täglich alle 2 Tage alle 3 Tage alle 4 Tage unregelmäßig
 normal Verstopfungsneigung Durchfallneigung Gefühl nicht fertig zu werden wechselhaft
Beschaffenheit und Farbe: hell dunkel hart knollig weich schmierig pastenartig wässrig
Geruch des Stuhls: meist normal häufig übelriechend: faulig schweflig gärig verwest

Nieren: Beschwerden: wöchentlich: __-mal, monatlich: __-mal vierteljährlich: __-mal selten
 Nierensteine Gries Entzündungen
Stechen im Rücken: re. li Zysten: re. li Weiteres: _____

Blase: Beschwerden: wöchentlich: __-mal, monatlich: __-mal vierteljährlich: __-mal selten
 Reizungen Entzündungen chronische Entzündung Blasensteine Weiteres: _____

Harn: viel wenig selten häufig schaumig Probleme beim Halten
Geruch/Farbe (Morgenurin): hell dunkel klar trüb übelriechend rötlich grünlich

BEREICH: ARME, BEINE, RÜCKEN, HAUT

Arme: Verletzungen: re. li Schmerzen: re. li Tennis-Ellenbogen: re. li Kribbeln: re. li
kalte Hände: re. li Schulterschmerzen: re. li
 Weiteres: _____

Beine: Verletzungen: re. li Besenreiser: re. li Krampfadern: re. li Knieschmerzen: re. li
Krampfader-OP, Jahr: _____ re. li kalte Füße: re. li Kribbeln: re. li Taubheitsgefühl: re. li
offene Wunden: re. li Schmerzen durch Bewegung: re. li morgendlicher Anlaufschmerz (Rücken,
Beine) re. li, Weiteres: _____

Rücken:
 Verspannungen Rheuma Hexenschuss Ischias Skoliose
Schmerzen: Halswirbelsäule Brustwirbelsäule LWS andere Probleme: _____

Haut/Nägel: Pickel Hautjucken Warzen Pilze Nagelbettentzündung Ekzeme



Bergstraße 31, 01069 Dresden, Tel. 0351-4700103 Fax: -104, info@heilpraxiskoening.de, www.heilpraxiskoening.de

O brüchige Nägel O Hautallergien auf (Creme, Nickel etc.): _____
 O Narben (Körperstelle bezeichnen): _____

FRAGEBOGEN – ANAMNESE

BEREICH: GYNÄKOLOGIE, UROLOGIE

Gynäkologie: Beschwerden: O wöchentlich: ___-mal, O monatlich: ___-mal O vierteljährlich: ___-mal O selten
Ausfluss: O keinen O wenig O stark O gelb O wund machend O Schmerzen

O Eierstockentzündungen O Zysten O Myome O Tumore, Jahr: ____ O Geschlechtskrankheiten, Jahr: ____

O Fehlgeburten, Jahr: _ O Abtreibungen, Jahr: _____

O Geburten, Jahr: _____

Menses: erste Menses, Jahr: _____ letzte Menses, Jahr: _____

Blutungen: O hell O dunkel O klumpig O braun O stark O schwach O lange: ___ Tage O kurz: ___Tage

Abstand der Regelblutungen _____Tage, Zwischenblutungen: O häufig O selten O manchmal O nie

Regelbeschwerden: O vorher O nachher O während, Art der Beschwerden: _____-

Verhütungsmittel: O ja O nein, welche: _____ Seit: _____

Klimakterische Beschwerden: O ja O nein, Art der Beschwerden: _____

letzter Termin beim Gynäkologen: _____ Befunde: _____

Prostata: O vergrößert O Entzündungen O Beschwerden beim Wasserlassen O Strahl schwach

O OP, Jahr: _____ Letzter PSA-Wert: _____ O Sonstige Beschwerden: _____

Sexualität: O vermindert O verstärkt O unbefriedigt O seelisch belastend

O Beschwerden beim Geschlechtsverkehr O keinen Geschlechtsverkehr O Sonstiges

ALLGEMEINBEFINDEN

Schlaf: O Schlaflosigkeit O Einschlafstörungen O Durchschlafstörungen, O zu frühes Erwachen

O Sprechen im Schlaf O Unruhe in den Beinen, O Nachtschweiß O Nachtschweiß O heiße Füße

O Zähneknirschen O müde trotz ausreichend Schlaf O Kernschlafzeit von _____ bis _____Uhr

Träume: O keine Erinnerung O oft den gleichen Traum O insgesamt häufig O in Farbe O schwarz-weiß

O Albträume O Sonstiges: _____

Sportarten: O Leistungssport O Freizeitsport O kein Sport

O Joggen O Schwimmen O Gerätetraining O Ballsport O Fitnesskurs O Nordic Walking O Tanzen O Yoga

Sonstige: _____ O täglich O mehrmals wöchentlich O 1 x wöchentlich O seltener

Sportliche Freizeitaktivitäten: O Wandern O Gartenarbeit O Kegeln O Weitere: _____

Beurteilen Sie bitte Ihren Fitnesszustand: (1 = total fit, 10 = gar nicht fit)

O 1 O 2 O 3 O 4 O 5 O 6 O 7 O 8 O 9 O 10

Ernährung: bevorzugt: O süß O sauer O salzig O deftig O Fleisch/Wurst O Eiern O Obst/Gemüse

Verlangen nach: O Nikotin O Alkohol O Süßwaren (Schokolade)

Abneigung gegen: O süß O sauer O pikant O salzig O Fleisch O Alkohol O Nikotin

Lebensmittelallergien oder Unverträglichkeiten: _____

bestimmte Ernährungsrichtlinien (vegetarisch etc.) _____

Benutzen Sie weißen Zucker im Haushalt? O ja O nein Nehmen Sie Zuckerersatzstoffe zu sich? O ja O nein

Benutzen Sie ein Handy/schnurloses Telefon? O ja O nein

Rauchen: O nein O Passivraucher (rauchender Partner, Kollegen etc.)



Bergstraße 31, 01069 Dresden, Tel. 0351-4700103 Fax: -104, info@heilpraxiskoenig.de, www.heilpraxiskoenig.de

O ja: Raucher seit: _____ O mehrfach aufgehört, nicht durchgehalten O ganz aufgehört: seit: _____
_____ Zigaretten am Tag O einige pro Woche O nicht mehr als 5 Zigaretten im Monat

Pfeifenraucher: O gelegentlich O regelmäßig O häufig

FRAGEBOGEN – ANAMNESE

ALLGEMEINBEFINDEN

Alkohol: O nie O ganz selten O gelegentlich

regelmäßig: O mehrmals täglich O jeden Abend O mehrmals pro Woche: O Schnaps O Bier O Wein O Mix

O alkoholkrank: O trocken seit: _____ O in Therapie seit: _____ O derzeit keine Therapie

Flüssigkeitszufuhr (alkoholfrei): O ausreichend und regelmäßig O vergesse oft, genug zu trinken

Trinkmenge (täglich): O Wasser: ___ große Flaschen/ ___ kleine Flaschen/ ___ Gläser O Sonstige: _____

O Tee: ___ Tassen O Kaffee: ___ Tassen O Saft ___ Gläser O Limonade/Cola u. ä: ___ Gläser/ ___ Flaschen

Körpergewicht: O immer gleich O stark schwankend O hat sich mit der Zeit verändert: O mehr O weniger

Aktuelles Gewicht: _____ kg Wunschgewicht: _____ kg durchgeführte Diäten u. ä. (Anzahl): _____

Gewichtszunahme seit (Alter/Ereignis): _____ Gewichtsverlust seit (Alter/Ereignis): _____

O Essstörung (Magersucht, Esssucht, Erbrechen, etc.) seit: _____ erfolgreich therapiert: O ja O nein

Körpergröße: in cm: _____ O hat sich mit der Zeit verringert: O seit Erwachsenenalter immer gleich

Zeckenbisse: O nein O ja, Jahr: _____ O Befund: _____

Blutwerte (falls bekannt): _____ Letzter Bluttest, Jahr: _____

(ggf. gesondertes Blatt anhängen oder Rückseite nutzen)

Bereits angewendete Therapien: (bitte alle angeben: z. B. Sauerstoff, Infusionen, Spritzen, Medikamente)?

_____ O erfolgreich

_____ O erfolgreich

_____ O erfolgreich

_____ O erfolgreich

(ggf. gesondertes Blatt anhängen oder Rückseite nutzen)

Seele:

Beurteilen Sie bitte Ihre seelische Verfassung: (1 = fühle mich ausgezeichnet, 10 = fühle mich sehr schlecht)

O 1 O 2 O 3 O 4 O 5 O 6 O 7 O 8 O 9 O 10

Bezeichnen Sie bitte Ihren Zustand:

+ O glücklich O ausgeglichen O gesund O energiegeladen O heiter O kommunikativ O attraktiv

O familiär geborgen O anerkannt O aktiv O optimistisch

– O überfordert O unausgeglichen O unglücklich O niedergeschlagen O hoffnungslos O ausgebrannt

O zu dick O zu dünn O energiearm O müde O kränklich O vermindert leistungsfähig O antriebslos

O ängstlich O vergesslich O unsportlich O unattraktiv O einsam O enttäuscht

Ursache Ihres seelischen Kummers: O Partner O Kinder O Verwandte O Kindheit O Freundeskreis/Umfeld

O Trauer/Verlust eines Menschen O Arbeit O Jobverlust O Mobbing O Geldsorgen O Schulden

O Zukunftsangst O Existenzangst O Sonstige: _____

Wodurch könnte es Ihnen besser gehen (was müsste sich in Ihrem Leben ändern):



FRAGEBOGEN – ANAMNESE

SCHMERZEN

Schmerzort im Körper:

Bitte in der Abb. rechts kennzeichnen:

Kreuz: punktförmiger Schmerz

Linie: unklare Schmerzlokalisierung

Pfeil: ausstrahlender Schmerz

Hauptschmerz: _____

Schmerzskala für den Hauptschmerz:

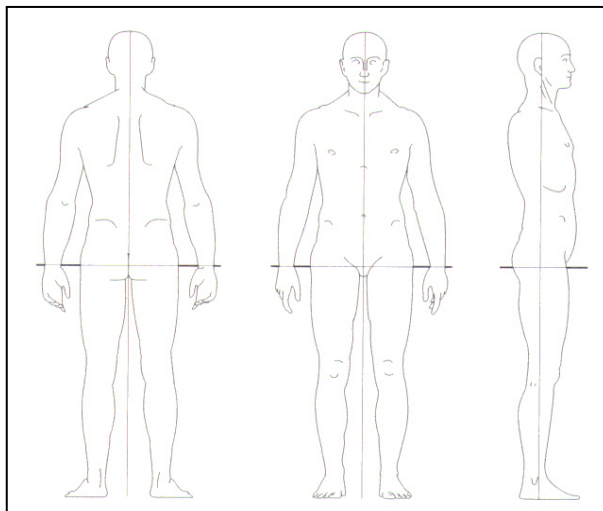
bitte eintragen

(1 = schwach 10 = kaum auszuhalten)

O 1 O 2 O 3 O 4 O 5 O 6 O 7 O 8 O 9 O 10

Seit wann haben Sie diese Schmerzen:

(Schmerzart und Jahr oder Lebensalter angeben)



Kennen Sie das auslösende Ereignis: nein

ja

Wie oft haben Sie Schmerzen: Immer mehrmals am Tag alle paar Tage wöchentlich

seltener als wöchentlich völlig unregelmäßig

Wie ist das Schmerzempfinden: ziehend brennend stechend klopfend drückend kribbelnd

reißend kolikartig, krampfend dumpf beengend bohrend schneidend

Welche Ereignisse verschlimmern den Schmerz: körperliche Belastung seelische Belastung längeres Stehen, Sitzen, Gehen Zwangshaltungen Stress Kälte Wärme Lärm Nahrungsmittel Husten

Niesen Tageszeit Wetterlage Monatszyklus Reisen Rhythmuswechsel Schlafmangel

Sonstiges: _____

Welche Ereignisse verringern den Schmerz: Ruhe Schlaf Bewegung Dunkelheit Kälte Wärme

Sport Schmerzmittel Urlaub Diät Sonstige: _____

Andere Symptome zum Schmerz: Hautrötung Blässe Schwellung Berührungsempfindlichkeit

Schweißbildung Seh- oder Hörstörungen Lichtempfindlichkeit Gangunsicherheit Muskelschwäche

Müdigkeit Schwindel Übelkeit Durchfall Bewegungseinschränkung Zittern Krampfen

Apathie Sonstiges: _____

Schmerzbehandlung bisher:

Chronologische Krankengeschichte:

Bitte erfassen Sie alle Ihre bisherigen Erkrankungen und Operationen.

(Nutzen Sie dafür Blatt 8 oder ggf. vorhandene Übersichten, falls möglich Arzt- oder Therapeutenberichte in Kopie beilegen.)



Hinweis:

Auch wenn ernste Komplikationen selten sind, bin ich rechtlich gehalten, Ihnen seltene Ausnahmefälle aufzuführen.

So kann es bei Spritzen- oder Nadelbehandlungen in den Weichteilbereichen zu Blutergüssen, Abzessbildung, allergischen Reaktionen bis zum Schock oder Nervenschädigungen kommen. Wenn es zu den genannten Symptomen kommt, sollten Sie sich unverzüglich in der Praxis melden oder bei Nichterreichbarkeit einen Arzt ihres Vertrauens oder das nächstmögliche Krankenhaus kontaktieren.

Bei der Infusionstherapie sind ebenfalls diese Symptome mit Hautausschlägen und Juckreiz möglich.

Bei der Verabreichung von homöopathischen Mitteln kann es zu Erstverschlimmerungen oder zu neuen Krankheitszeichen kommen. Hierbei handelt es sich um positive Reaktionen des Organismus. Sollten Sie solche Zeichen bemerken, setzen Sie sich bitte mit der Praxis in Verbindung. Laut dem Heringsschen Gesetz können chron. Krankheiten nur über ein akutes Krankheitsbild zur Ausheilung kommen.

Da der menschliche Körper ein lebender Organismus ist und Reaktionen nur begrenzt vorhersehbar sind, können Therapieerfolge nicht garantiert werden und liegen in der Eigenverantwortung des Behandelten.

Von Impfungen während der Therapiezeit ist Abstand zu nehmen.

Sollten Sie parallel schulmedizinische oder andere Behandlungen erhalten, setzen Sie bitte die Praxis davon in Kenntnis um eine Kreuzreaktion der Therapien zu vermeiden.

Die Bezahlung unserer Leistungen wird sofort fällig und ist in bar oder mit ec-Karte erbeten.

Meine naturheilkundlichen Behandlungen können teilweise für privat Versicherte und gesetzlich Versicherte mit "Zusatzversicherung für Heilpraktikerleistungen" über die Heilpraktiker-Gebührenordnung (GebüH) abgerechnet werden. Für den teilweise erheblichen Erstellungsaufwand einer solchen Rechnung behalte ich mir im Einzelfall die zusätzliche Berechnung von 5,00 – 10,00 € vor.

Terminabsagen erbitte ich mindestens 24 Stunden im Voraus.

Für nicht abgesagte Termine behalte ich mir vor, die entsprechende Ausfallzeit, mindestens aber 50,00 € in Rechnung zu stellen.

Eine Preisliste über unsere Leistungen liegt in der Praxis aus.

Datum

Unterschrift Patient