



HEILPRAXIS GABRIELE KÖNIG, Freiburger Str. 6, 01723 Wilsdruff, Telefon 035204 234590, Mobil 0172 9726479
E-Mail: info@heilpraxiskoenig.de, Web: 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).

_____ 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

_____ 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

_____ 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

_____ 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

_____ 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

_____ 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

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



HEILPRAXIS GABRIELE KÖNIG, Freiburger Str. 6, 01723 Wilsdruff, Telefon 035204 234590, Mobil 0172 9726479
E-Mail: info@heilpraxiskoenig.de, Web: www.heilpraxiskoenig.de

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



HEILPRAXIS GABRIELE KÖNIG, Freiburger Str. 6, 01723 Wilsdruff, Telefon 035204 234590, Mobil 0172 9726479
E-Mail: info@heilpraxiskoenig.de, Web: www.heilpraxiskoenig.de

FRAGEBOGEN – ANAMNESE

BEREICH: KOPF, HALS

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

Auslöser der Kopfschmerzen: _____

seit wann: _____ 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

Aufbiss-Schiene: nein ja, seit: _____



HEILPRAXIS GABRIELE KÖNIG, Freiburger Str. 6, 01723 Wilsdruff, Telefon 035204 234590, Mobil 0172 9726479
E-Mail: info@heilpraxiskoenig.de, Web: www.heilpraxiskoenig.de

FRAGEBOGEN – ANAMNESE

BEREICH: RUMPF, ORGANE

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

Herz: Stechen Druckgefühl Beklemmung Rhythmusstörungen Schmerz Herzrasen
 Bypass Stant 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

brüchige Nägel Hautallergien auf (Creme, Nickel etc.): _____

Narben (Körperstelle bezeichnen): _____



HEILPRAXIS GABRIELE KÖNIG, Freiburger Str. 6, 01723 Wilsdruff, Telefon 035204 234590, Mobil 0172 9726479
E-Mail: info@heilpraxiskoenig.de, Web: www.heilpraxiskoenig.de

FRAGEBOGEN – ANAMNESE

BEREICH: GYNÄKOLOGIE, UROLOGIE

Gynäkologie: Beschwerden: wöchentlich: __-mal, monatlich: __-mal vierteljährlich: __-mal selten
Ausfluss: keinen wenig stark gelb wund machend Schmerzen
 Eierstockentzündungen Zysten Myome Tumore, Jahr: ____ Geschlechtskrankheiten, Jahr: ____
 Fehlgeburten, Jahr: _ Abtreibungen, Jahr: _____
 Geburten, Jahr: _____
Menses: erste Menses, Jahr: _____ letzte Menses, Jahr: _____
Blutungen: hell dunkel klumpig braun stark schwach lange: __ Tage kurz: __Tage
Abstand der Regelblutungen ____Tage, Zwischenblutungen: häufig selten manchmal nie
Regelbeschwerden: vorher nachher während, Art der Beschwerden: _____-_____
Verhütungsmittel: ja nein, welche: _____ Seit: _____
Klimakterische Beschwerden: ja nein, Art der Beschwerden: _____
letzter Termin beim Gynäkologen: _____ Befunde: _____

Prostata: vergrößert Entzündungen Beschwerden beim Wasserlassen Strahl schwach
 OP, Jahr: _____ Letzter PSA-Wert: _____ Sonstige Beschwerden: _____

Sexualität: vermindert verstärkt unbefriedigt seelisch belastend
 Beschwerden beim Geschlechtsverkehr keinen Geschlechtsverkehr Sonstiges

ALLGEMEINBEFINDEN

Schlaf: Schlaflosigkeit Einschlafstörungen Durchschlafstörungen, zu frühes Erwachen
 Sprechen im Schlaf Unruhe in den Beinen, Nachtschweiß Nachtschweiß heiße Füße
 Zähneknirschen müde trotz ausreichend Schlaf Kernschlafzeit von _____ bis _____.Uhr
Träume: keine Erinnerung oft den gleichen Traum insgesamt häufig in Farbe schwarz-weiß
 Albträume Sonstiges: _____

Sportarten: Leistungssport Freizeitsport kein Sport
 Joggen Schwimmen Gerätetraining Ballsport Fitnesskurs Nordic Walking Tanzen Yoga
Sonstige: _____ täglich mehrmals wöchentlich 1 x wöchentlich seltener

Sportliche Freizeitaktivitäten: Wandern Gartenarbeit Kegeln Weitere: _____

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

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

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

Verlangen nach: Nikotin Alkohol Süßwaren (Schokolade)

Abneigung gegen: süß sauer pikant salzig Fleisch Alkohol Nikotin

Lebensmittelallergien oder Unverträglichkeiten: _____

bestimmte Ernährungsrichtlinien (vegetarisch etc.) _____

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

Benutzen Sie ein Handy/schnurloses Telefon? ja nein

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

ja: Raucher seit: _____ mehrfach aufgehört, nicht durchgehalten ganz aufgehört: seit: _____

_____ Zigaretten am Tag einige pro Woche nicht mehr als 5 Zigaretten im Monat

Pfeifenraucher: gelegentlich regelmäßig häufig



HEILPRAXIS GABRIELE KÖNIG, Freiburger Str. 6, 01723 Wilsdruff, Telefon 035204 234590, Mobil 0172 9726479
E-Mail: info@heilpraxiskoenig.de, Web: www.heilpraxiskoenig.de

FRAGEBOGEN – ANAMNESE

ALLGEMEINBEFINDEN

Alkohol: nie ganz selten gelegentlich

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Blutgruppe: A B AB 0 nicht bekannt

Zeckenbisse: nein ja, Jahr: _____ 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)?

_____ erfolgreich

_____ erfolgreich

_____ erfolgreich

_____ erfolgreich

(ggf. gesondertes Blatt anhängen oder Rückseite nutzen)

Seele:

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

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Bezeichnen Sie bitte Ihren Zustand:

+ glücklich ausgeglichen gesund energiegeladen heiter kommunikativ attraktiv

familiär geborgen anerkannt aktiv optimistisch

– überfordert unausgeglichen unglücklich niedergeschlagen hoffnungslos ausgebrannt

zu dick zu dünn energiearm müde kränklich vermindert leistungsfähig antriebslos

ängstlich vergesslich unsportlich unattraktiv einsam enttäuscht

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

Trauer/Verlust eines Menschen Arbeit Jobverlust Mobbing Geldsorgen Schulden

Zukunftsangst Existenzangst Sonstige: _____

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



HEILPRAXIS GABRIELE KÖNIG, Freiburger Str. 6, 01723 Wilsdruff, Telefon 035204 234590, Mobil 0172 9726479
E-Mail: info@heilpraxiskoenig.de, Web: www.heilpraxiskoenig.de

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:

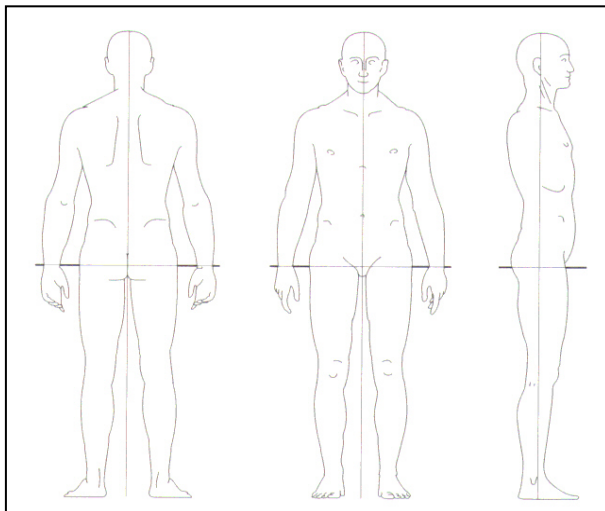
bitte eintragen

(1 = schwach 10 = kaum auszuhalten)

○ 1 ○ 2 ○ 3 ○ 4 ○ 5 ○ 6 ○ 7 ○ 8 ○ 9 ○ 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:

HEILPRAXIS GABRIELE KÖNIG, Freiburger Str. 6, 01723 Wilsdruff, Telefon 035204 234590, Mobil 0172 9726479
E-Mail: info@heilpraxiskoenig.de, Web: www.heilpraxiskoenig.de

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 Heringschen Gesetz können chronische 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 EUR vor.

Terminabsagen erbitte ich mindestens 24 Stunden im Voraus.

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

Eine Preisliste über unsere Leistungen liegt in der Praxis aus.

Datum

Unterschrift Patient