



Anamnese - Fragebogen

HP Jörg Prädell Kardinal-Galen-Str. 20 47051 Duisburg 0203-336265

Name _____	Geburtstag _____
Vorname _____	Tel. privat _____
Straße _____	Tel. Beruf _____
PLZ – Ort _____	Grösse _____ Gewicht _____
E-Mail _____	Beruf _____
Wer hat mich empfohlen? _____	Familienstand/Kinder _____

Versicherung: Gesetzlich Beihilfe/Post Privat-Versicherung Privat-Zusatzversichert

Name der Versicherung:

Anleitung – bitte füllen Sie diesen Fragebogen genau aus. Bei den Beispielen genügt es zu unterstreichen, sofern diese zutreffen; ansonsten bitte mit eigenen Worten beantworten.

Ihr Wünsche – für welche Beschwerden wünschen Sie sich eine Besserung – nennen Sie bitte nicht nur medizinische Diagnosen sondern konkrete Symptome und Beschwerden

1.

2.

3.

Was war unmittelbar vor dem ersten Auftreten Ihrer jetzigen Beschwerden?

z.B. eine Erkrankung, Kummer, Trauer, Schreck, Operation, Hautausschläge, Medikamente, usw.

Welche Krankheiten sind Ihnen in Ihrer Familie bekannt? Eltern, Großeltern, Urgroßeltern, Geschwister. z.B. Krebs, Tuberkulose, Geisteskrankheiten, Geschlechtskrankheiten, Selbstmord, Herzkrankheiten, Gefäßkrankheiten, Schlaganfall, Asthma, Zuckerkrankheit, Rheuma, Nierensteine, Gallensteine, Multiple Sklerose, Gicht, Allergien, Schuppenflechte, Neurodermitis, Migräne. **Sonstiges:**

Weitere Erkrankungen – welche Erkrankungen treffen für Sie zu!

<input type="checkbox"/> Hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Nierenbeschwerden	<input type="checkbox"/> Allergien
<input type="checkbox"/> Herzleiden	<input type="checkbox"/> Depressionen	<input type="checkbox"/> Schwindel	<input type="checkbox"/> Asthma
<input type="checkbox"/> Migräne/Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/> Hautkrankheiten	<input type="checkbox"/> Schilddrüsenbeschwerden	<input type="checkbox"/> Pilze
<input type="checkbox"/> Durchfall/Verstopfung	<input type="checkbox"/> Schlafstörungen	<input type="checkbox"/> Durchblutungsstörungen	
<input type="checkbox"/> Sonstige			



Medikamente

Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit ein? Bitte Beipackzettel oder Medikament mitbringen.
Auch Nahrungsergänzungsmittel angeben.

wenn ja welche Blutfette Zucker Harnsäure Schilddrüse Blutdruck/Herz Hormone

Sonstige

Wie oft haben Sie in den letzten 12 Monaten Antibiotika eingenommen ?

Kopf

Leiden Sie unter Kopfschmerzen/Migräne? Ja Nein Wenn ja wie häufig

Haare Haarausfall, kreisrunder, vereinzelter, seit wann

Augen Bindehautentzündung, kurzsichtig, weitsichtig, Grauer Star, Macula-Degeneration usw.

Ohren links / rechtsTinnitus seit Schwerhörigkeit seit, andere.....

Zähne/ Kiefer Wurden bei Ihnen Amalgamfüllungen entfernt? Ja Nein
Wurde eine Amalgamausleitung durchgeführt? Ja Nein

Zahnfüllmaterialien Amalgam Kunststoff Gold Keramik

Nase Operationen, Nasennebenhöhlenentzündungen, behinderte Nasenatmung, verstopft

Mandeln Operation, häufig Mandelentzündungen als Kind / heute

Schilddrüse Überfunktion, Unterfunktion, Autoimmunerkrankung, Vergrößerung, Operation, Medikamente

Brust und Bauch

Herz Beschwerden, Stechen, Druckgefühl, Infarkt, Beklemmung, Rhythmusstörungen

Lunge Bronchitis, häufig Husten,

Leber Entzündung - Hepatitis

Galle Steine, Koliken, Operation, Druck im Oberbauch, Fettunverträglichkeit

Magen Völlegefühl, Gastritis, Appetitlosigkeit, Schmerzen, Sodbrennen

Darm Infektionen, Hämorrhoiden, Blinddarmoperation, Blähungen

Stuhlgang täglich, jeden 2.3.4. Tag, unregelmäßig, übelriechend

Neigung zur Verstopfung, Neigung zum Durchfall, **Konsistenz: schnittfest**
Stuhl hell, dunkel, übel riechend, hart, knollig, weich, schmierig, pastenartig,
kann Stuhl nicht halten, Gefühl, nicht fertig zu werden, Stuhlgang wechselhaft usw.



Rücken – Arme – Beine - Haut

- Arme** Verletzungen, Schmerzen, Tennisellenbogen, Kribbeln, kalte Hände usw.
- Beine** Schmerzen, Krampfadern, Verletzungen, kalte Füße, Kribbeln, Taubheitsgefühl
- Rücken** Beweglichkeit eingeschränkt, Verspannungen, Belastungen, Schmerzen

Fortsetzung - Rücken – Arme – Beine – Haut

- Haut/Nägel** Verbrennungen, Geschwüre, Hautjucken, Warzen, Pilze, eingewachsene Nägel, Nagelbettentzündungen, Nägel brüchig – reizen ein
- Narben** **Haben Sie durch Operationen oder Verletzungen Narben?**
 0 Ja – bitte beim Besuch zeigen
 0 Nein

Unterleib – Gynäkologie

- Gynäkologie** Ausfluss - Eierstockentzündungen, Ausschabungen, Fehlgeburten, Tumore, Zysten, Myome, Geschlechtskrankheiten usw.
- Menses** Wann war die erste Menses..... wann die letzte.....
 Beschwerden vor - nach - während der Regel - welche
- Klimakterische Beschwerden
- Nehmen Sie Verhütungsmittel?** Welche
- Prostata** vergrößert, Entzündungen gehabt, aktuell, Beschwerden beim Wasserlassen etc.
- Niere/Blase** Nierensteine, Entzündungen – häufig.....
- Harn** viel, wenig, häufig, kann nicht halten, Geruch nach
- Sexualität** vermindert, verstärkt, unbefriedigt, Beschwerden beim Geschlechtsverkehr

Allgemeines

- Meine Blutgruppe** **Mein Blutdruck**
- Trinken Sie Alkohol?** **Rauchen Sie?**
- Auf einer Skala von 1-10 – Wieviel Energie haben Sie?** 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- Wieviel Liter und was trinken Sie pro Tag?**
- Treiben Sie Sport? Welchen, seit wann?**



Fortsetzung - Allgemeines

Schlaf Schlaflosigkeit, häufiges Erwachen (Uhrzeit), Schwierigkeiten beim Einschlafen, Sprechen im Schlaf, Unruhe in den Beinen, Nachtschweiße, heiße Füße, Zähneknirschen

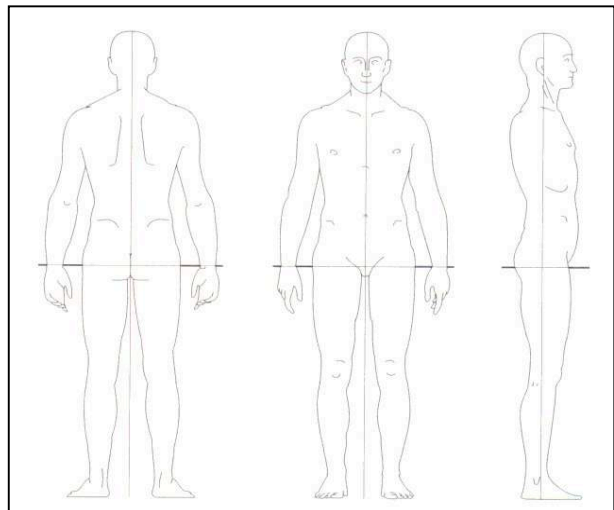
Schlafzeit übliches zu Bett gehen übliches Aufstehen.....

Schmerzfragen

Wo treten Schmerzen auf?

Bitte kennzeichnen

- Kreuz - punktförmiger Schmerz
- Linie - unklare Schmerzlokalisation
- Pfeil - ausstrahlender Schmerz



Schmerzskala für den Hauptschmerz

1 **2** **3** **4** **5** **6** **7** **8** **9** **10**
schwach mittel sehr stark

Seit wann haben Sie die Schmerzen?

Gab es ein auslösendes Ereignis?

Wie oft haben Sie die Schmerzen? Immer, mehrmals am Tag, alle paar Tage, wöchentlich, seltener

Welche Ereignisse verschlimmern? Körperliche Belastung, längeres Stehen, Sitzen, Gehen, Stress, Kälte, Wärme, Nahrungsmittel, Husten, Niesen, Tageszeit, Wetterlage, Monatsblutung, Sonstiges

Welche Ereignisse verbessern? Ruhe, Schlaf, Bewegung, Kälte, Wärme, Sport, Schmerzmittel, Urlaub



Ernährung

Bitte notieren Sie, welche Nahrungsmittel Sie gestern bzw. heute gegessen haben? Was haben Sie getrunken?

	Gestern	Heute
Morgens		
Mittags		
Abends		
Zwischenmahlzeiten		

Haben Sie Heißhunger, auf...?

Salz / Süßes / Saures / Fettiges / Sonstiges



Chronologie

Chronologie der Krankengeschichte

Bitte erfassen Sie alle bisherigen Erkrankungen und Operationen, die Sie durchgemacht haben.

Gemüt

Leiden Sie unter Ängsten?

Alleinsein, Dunkelheit, Höhenangst, Krankheiten etc.

Sind Sie oft reizbar?

Leiden Sie unter anhaltendem Kummer?

Haben Sie finanzielle Sorgen?

Grollen Sie jemanden?

Was ist Ihre größte Sorge im Leben?

Was ist Ihr größter Wunsch? Welche Ziele haben Sie im Leben?



Einverständniserklärung zwischen Heilpraktiker Jörg Prädel und

Patient _____ geb. _____

bei Kindern unter 18 Jahren

Erziehungsberechtigter _____ geb. _____

Informationen zu unserer Abrechnungsstelle Mediserve:

Ich erkläre mich ausdrücklich einverstanden mit der: Weitergabe der zum Zweck der Abrechnung und Geltendmachung erforderlicher Informationen, insbesondere ausgewählter Daten aus der Patientenakte (Name, Geburtsdatum, Anschrift, Leistungsabrechnung und falls erforderlich Befunde, Behandlungsdaten und -verläufe) an eine privatärztliche Abrechnungsstelle.

Abtretung der sich aus der Behandlung ergebenden Forderungen z. B. an eine privatärztlich. Abrechnungsstelle oder eine sonstige Inkassounternehmung.

Diese Zustimmung gilt auch für zukünftige Behandlungen; sie ist jederzeit mit sofortiger Wirkung widerrufbar. Der Widerruf muss vor der Behandlung erfolgen.

Informationen zur Abrechnung unserer Leistungen:

Kostenübernahme Kassenpatienten : Die Kosten der Therapien sowie der verordneten Heilmittel werden durch die gesetzlichen Krankenkassen (GKV) in der Regel nicht übernommen.

Kostenübernahme Privat/Beihilfepatienten: Die Übernahme der Behandlungskosten sowie der verordneten Heilmittel durch die privaten Krankenversicherer und Beihilfestellen erfolgt unterschiedlich. Dieses hängt u. a. vom jeweiligen und individuellen Tarif ab.

Unabhängig von einer abweichenden Beurteilung der medizinischen Notwendigkeit, einer medizinisch - wissenschaftlichen Anerkennung der durchgeführten Therapien und Diagnostik oder einer abweichenden Erstattung durch Beihilfestellen oder privaten Kranken-Versicherungen ist der Rechnungsbetrag in voller Höhe zu zahlen.

Die Abrechnung erfolgt nach den Höchstsätzen der Gebührenverordnung für Heilpraktiker. Bei bestimmten Therapieformen ist die Einhaltung des kompletten Regelwerkes der GebüH für Heilpraktiker nicht möglich, was zu Streichungen bei der Kostenerstattung führen kann.

Einige der in unserer Naturheilpraxis angewandten Therapie- und Diagnoseverfahren sind noch nicht in direkter Nennung in ein Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker bzw. in die Gebührenordnung für Ärzte (GoÄ) eingegangen. Aus diesem Grund können diese Therapien *analog* zu bestimmten Gebührensätzen abgerechnet werden, als Beispiel: Ausleitungen von Gift- und Schlackenstoffe: alte und chronische Prozesse zu lösen bzw. das Immunsystem und den Organismus anzuregen, können neben einer medikamentösen Therapie auch ausleitende Therapien eingesetzt werden. Das gemeinsame Prinzip der ausleitenden Verfahren ist die Ausleitung von Stoffen aus dem Körper, die seine Gesundheit beeinträchtigen. Abgerechnet werden diese Behandlungen über die GebüH Ziffern: 25.8 und falls erforderlich 25.2, 25.4, 28.2 und 33.1.

Terminvereinbarungen

Termine, die nicht 24 Stunden vor dem vereinbarten Termin abgesagt werden, werden in voller Höhe der vorgesehenen Leistungen als Ausfalleistung in Rechnung gestellt.

Hiermit bestätige ich, dass mich Herr Prädel vor der Behandlung über die oben aufgeführten Leistungsmodalitäten, den Therapieplan und die Abrechnungsmodalitäten informiert hat und ich diese verstanden habe.

Datum/ Unterschrift