

Patientenbogen

Name: _____

Vorname: _____

Strasse: _____

PLZ / Ort: _____

Geburtstag: _____

Tel. Privat: _____

Tel. Dienstl.: _____

Tel. Mobil: _____

FAX: _____

E-Mail: _____



Hausarzt: _____

Zahnarzt: _____

Wie sind sie auf mich aufmerksam geworden? persönliche Empfehlung Internet sonstiges

Versicherung: Gesetzlich Post BKK Beihilfe Privat
 Heilpraktiker - Zusatzversicherung

Beruf _____

Fam.stand _____ Kinder (Jahrgang) _____

Wenn Ihr Kind der Patient ist: Klassenstufe _____ Schulart _____

Name des Rechnungsempfängers: _____

1.) Unter welchen Beschwerden leiden Sie?

Wie lauten die schulmedizinischen Diagnosen falls vorhanden ?

Wichtig Bitte schreiben Sie hinter jedes Symptom eine Ziffer von 1 bis 10
(1 = sehr, sehr gering, 10 = extrem stark)
und in welchem Jahr es zum ersten Mal aufgetreten ist: z.B. 7 / 2004.

1.

2.

3.

2.) Welche verordneten Medikamente nehmen Sie zur Zeit ein?

Wurde anschließend ein Darmfloraaufbau durchgeführt? Ja Nein

7.) Haben Sie Allergien?

Heuschnupfen, Kontaktallergien (Nickel), Lebensmittel,
Insektengifte, Anderes

KOPF

Leiden Sie unter Kopfschmerzen / Schwindel? Falls ja,

Häufigkeit selten
weniger als 1 () x Monat / Woche, mehr als 1 () x Monat / Woche
oft

Wo Stirn-Augen-Schläfen-Hinterhauptregion, diffus, halbseitig – links – rechts – doppelseitig, immer dort

Wann morgens, abends, tagsüber

Wie pulsierend, pochend, stechend, bohrend, dumpf, drückend

Auslöser der Kopfschmerzen

Besserung durch **Verschlechterung durch**

Haare: Haarausfall, kreisrunder; Schuppen, fettig, brüchig seit

Augen: Bindehautentzündung, Grauer Star (re/li), Grüner Star (re/li), Makuladegeneration (re/li),
kurzsichtig, weitsichtig, Brille: Dioptrien re, li; wenn OP, Jahr

Nase: Nasennebenhöhlenentzündung, Polypen, wenn OP, Jahr
Nase verstopft (einseitig), Absonderung wässrig, schleimig, gelblich, grünlich

Ohren: Mittelohrentzündung, Schwerhörigkeit, Hörvermögen nimmt ab, Tinnitus, Geräusche
rechts, links, beidseitig

Zähne/Kiefer: Zahnfleischblutung Ja Nein
Gibt es wurzelbehandelte Zähne? Ja Nein Welche?
Wurden bei Ihnen Amalgamfüllungen entfernt? Ja Nein Wann?
Wurde Amalgam ausgeleitet? Ja Nein

Womit wurde ausgeleitet?

Zahnfüllmaterialien aktuell:

Keramik Gold Kunststoff Amalgam Implantate Prothese

Kiefergelenk knackt, schmerzt, Geräusche, links, rechts
Aufbißschiene Ja Nein

Mandeln: häufig Mandelentzündungen als Kind / heute, Halsschmerzen, Mundgeruch, belegte Zunge
wenn OP, Jahr

Schilddrüse: Vergrößerung, Überfunktion, M. Basedow, Unterfunktion, Hashimoto,
wenn OP, Jahr

RUMPF - ORGANE

Brust: Beschwerden, Zysten, Knoten, Krebs Letzte Mammographie

Herz: Unklare Beschwerden, Schmerz, Stechen, Druckgefühl, Infarkt, Beklemmung, Rhythmusstörungen,
Bypass, Stent, Verkalkung bekannt

♂ **BEREICH**

Prostata: Vergrößert, Entzündungen - gehabt, aktuell; Beschwerden beim Wasserlassen, Strahl schwach wenn OP, Jahr
Letzter Krebsvorsorgetermin Letzter PSA-Wert

Sexualität:

ALLGEMEINES

Wichtig für die Störfeldsuche!

Wo haben Sie Narben? Bitte auch die Kleinen mit Jahreszahl der Entstehung eintragen.

Schlaf: Einschlafstörungen, Durchschlafstörungen, werde zu früh wach, spreche im Schlaf, Zähneknirschen, Unruhe in den Beinen, heiße Füße, Nachtschweiß, müde trotz ausreichend Schlaf, Schlafzeit von bis Uhr

Träume:

Sportarten: wie häufig?

Ernährung: Verlangen nach süß, sauer, pikant, salzig, Fleisch, Eier, Obst, Alkohol
Abneigung gegen süß, sauer, pikant, salzig, Fleisch, Alkohol, Fett
Benutzen Sie weißen Zucker im Haushalt? Ja Nein
Allergien / Nahrungsmittelunverträglichkeiten
Leben Sie nach bestimmten Ernährungsrichtlinien? (vegetarisch etc.)

Trinken:
Wie viel trinken Sie pro Tag? Liter
Wasser, Selter, Saftschorle, Saft, Tee – gesüßt mit, ungesüßt; Kaffee, Cola - light, Brause, Bier

Gewichtkg Größem Gewichtsverlust / -
zunahme
BMI (kg / m x m)
seit

Alkohol: Wie häufig?
Was?

Rauchen: Ja Nein Stück / Tag

Umgebung: Welche elektrischen Geräte befinden sich im Schlafbereich?

.....
 Verwenden Sie DECT- (schnurlose) Telefone? Ja Nein
 Benutzen Sie ein Handy? Ja Nein
 Benutzen Sie einen Mikrowellenofen? Ja Nein
 Belastung durch Schwermetalle, Lösungsmittel, Chemikalien

Zeckenbiss(e) Ja Wann? Nein
 Haustiere Ja Welche?

Welche **Therapien** wurden bei Ihnen schon ausprobiert (auch biologische z.B. Sauerstoff, Infusionen, Spritzen, Medikamente)?

.....

Wie beurteilen Sie Ihren **Fitnesszustand**? (1 = sehr gut, 10 = sehr schlecht)

Wie beurteilen Sie Ihre derzeitige **seelische Verfassung**? (1 = sehr gut, 10 = sehr schlecht)

Kennen Sie Ihre **Blutgruppe**? A B AB 0

Was wissen Sie über Ihre **Blutwerte**?

Letzte Blutuntersuchung

Chronologische Krankengeschichte:

Patientenerklärung:

Ich erkläre mich mit der Honorarliste laut Homepage oder nach Anfrage unabhängig von einer möglichen Erstattung durch private Krankenversicherungen oder Beihilfestellen einverstanden.

 Datum Unterschrift des Patienten

Einverständniserklärung zur Erhebung/Übermittlung von Patientendaten

Ich _____

(Vorname, Name, Wohnort, Geburtsdatum)

bin damit einverstanden, dass meine personenbezogenen Daten von der Heilpraktikerin Frau Veronika Ballerstein zum Zweck der heilkundlichen Versorgung und Abrechnung der Leistungen erhoben, verarbeitet und genutzt werden. Bei den Daten handelt es sich um meine Kontakt- und Gesundheitsdaten wie Anamnese, Medikation, Diagnosen, Therapievor schläge, Befunde usw.

bin damit einverstanden, dass die Heilpraktikerin Frau Veronika Ballerstein mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde an andere Heilpraktiker/Ärzte/Physiotherapeu-ten zum Zweck der weiteren Behandlung und entsprechenden Dokumentation übermittelt

und/oder

bei anderen Heilpraktikern/Ärzten/Physiotherapeuten Behandlungsdaten und Befunde erhebt, die für meine heilkundliche Versorgung erforderlich sind, und für diese Zwecke verarbeitet und nutzt.

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann. Die Widerrufserklärung kann schriftlich an die Praxisanschrift gerichtet werden.

Diese Erklärung erfolgt freiwillig.

(Ort, Datum)

(Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertre-
ters)