

PATIENTENBOGEN



Fülle bitte die nachfolgenden Fragen so genau wie möglich aus.

Name _____ Telefonnummer _____

Straße _____ Email _____

PLZ und Ort _____ Beruf _____

Geburtstag _____ Geburtsort _____ Zeit _____

Familienstand _____ Kinder _____

Versicherung _____ gesetzlich privat

Zusatzversicherung _____

Was ist dein aktuelles Anliegen?

Seit wann bestehen die Beschwerden?

z.B. Unfall, Medikamente, Operationen, Kummer, Trauer, Schock, Berufswechsel, Trennung, Auslandsaufenthalt

Wurden bereits Behandlungen durchgeführt von dir selbst?

Von einem Arzt?

Von einem Naturheilkundler/Heilpraktiker?

Was hat Verbesserung gebracht?

Wurden Diagnosen gestellt?

Bestehen Allergien? _____

Bestehen Unverträglichkeiten? _____

Gab es Unfälle oder Operationen? _____

Wenn ja wann? _____

Traumatische Belastungssituationen? _____

Wenn ja wann? _____

Zahnfüllungen? Amalgam Kunststoff Gold Keramik

sonstiges _____

Wurden diese entfernt, wenn ja wann? _____

Wurzelgefüllte Zähne, Prothesen, Zahnpooler, Zahnschiene? _____

Wie ist der Schlaf? _____

Urin ablassen: Auffälligkeiten wie viel, wenig, häufig nachts, Inkontinenz, riecht nach _____

Konsistenz _____ Farbe _____

Stuhlgang: Auffälligkeiten wie täglich mehrfach, unregelmäßig, riecht nach, wenig _____

Konsistenz _____ Farbe _____

Schwitzen: Auffälligkeiten wie viel, wenig, nachts riecht nach _____

Periode: Auffälligkeiten wie unregelmäßig, stark, schwach, schmerhaft _____

Geburten: Gab es Komplikationen oder Besonderheiten? _____

Pubertät: Auffälligkeiten _____

Wechseljahrserscheinungen: Wenn ja, welche?

Welche Krankheiten gibt es in der Familie? z.B. Allergien, Asthma, Herzerkrankung, Diabetes, Schilddrüsenerkrankung, Krebs, Migräne, Gicht

Trinkmenge Wasser pro Tag _____

Trinkmenge Kaffee pro Tag _____

Alkohol pro Woche/Monat_____

Zigaretten pro Tag/Woche_____

Anderer Genuss- und Drogenkonsum_____

Medikamente_____

Nahrungsergänzungsmittel_____

Ernährung: Mischkost Vegetarier Vegan seit_____

Regelmäßige Mahlzeiten, beschreibe in Kürze

Beschreibe deinen Sport oder Bewegung im Alltag_____

Welche Krankheiten hast du durchlebt?

Welche Auffrischungs-/Impfungen hast du bekommen?

Gab es Impfreaktionen oder Nebenwirkungen?

Wie war deine Geburt?_____

„Bevor Du jemanden heilst, frage ihn, ob er bereit ist aufzugeben, was ihn krank macht.“ Hippokrates 460 - 370 v. Chr.

Bist du bereit? Ja Nein

Gibt es noch etwas, was du mir zu deiner Lebens und Gesundheitsgeschichte mitteilen willst?

Notfall-Kontaktperson_____Telefonnummer_____

Adresse_____

Datenschutz: Nach der EU-**Datenschutz**-Grundverordnung (DSGVO) sind wir verpflichtet, dich darüber zu informieren, zu welchem Zweck unsere Praxis Daten erhebt, speichert oder weiterleitet.

Wir erheben deine Daten für eine sorgfältige Praxisführung, für die Erreichbarkeit eines Notfallkontakte und zur Mitarbeit Dritter, wie Labore oder deine behandelnden Ärzte oder deiner Gesundheitsversicherung.

Mit deiner Unterschrift, willigst du dieser Datennutzen ein.

Mit deiner Unterschrift willigst du der Honorarvereinbarung ein.

Datum_____Unterschrift_____

Bitte bringe gerne vorhandene medizinische Unterlagen, Nahrungsergänzungsmittel und Medikamente zu deinem Termin mit. Trage bequeme Kleidung und bringe ein paar frische Socken mit. Musst du einen Termin absagen oder verlegen, melde dich bitte zeitig. Ein Termin der nicht 24h vorher abgesagt wird, kann zum vollem Honorar von 120€ in Rechnung gestellt werden.

Ein Besuch beim Heilpraktiker ersetzt keine Besuch beim Arzt. Eine laufende Behandlung bei einem Mediziner darf nicht ohne Rücksprache abgebrochen werden. Die Behandlungen werden nach der Gebührenordnung für Heilpraktiker abgerechnet.

Heilpraktikerpraxis Lorenzen | LORENZEN:LORENZEN GBR | Hamburger Chaussee 285 | 24113 Kiel |

Nina und Stefan Lorenzen | 015175377222 | www.loren-zen.com | nina@loren-zen.com