LORENZEN
Heilpraktikerpraxis

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?_____

Was war unmittelbar vor dem ersten Auftreten der jetzigen 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?_____

Wurden Diagnosen gestellt?_____

_____

Bestehen Allergien?_____

Bestehen Unverträglichkeiten?_____

Gab es Unfälle oder Operationen?_____

Wenn ja wann?_____

Traumatische Belastungssituationen?_____

Wenn ja wann?_____

Wurzelgefüllte Zähne, Prothesen, Zahnproblematik?

_____

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, schmerzhaft_____

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 Notfallkontakts und zur Mitarbeit Dritter, wie Labore oder deine behandelnden Ärzte oder deiner Gesundheitsversicherung.
Mit deiner Unterschrift, willigst du dieser Datennutzen 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 in 24h abgesagt wird, wird zum Teil oder vollem Honorar von 120€ in Rechnung gestellt.

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.
Eine aufgestellte Rechnung der erbrachten Leistung wird gegen eine Gebühr von 10€ erstellt.