



# Fragebogen Erstbesuch

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

Name _____	Geburtsdatum _____
Straße _____	Tel _____
PLZ/Ort _____	Beruf _____
E-Mail _____	Größe/ Gewicht _____
Empfehlung über _____	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 die Fragen bitte mit eigenen Worten beantworten.

**Bitte geben Sie hier Ihre Hauptbeschwerden an:**

- 1.
- 2.
- 3.

**Was war unmittelbar vor dem ersten Auftreten Ihrer jetzigen Beschwerden?** z.B. eine Erkrankung, Kummer, Trauer, Schreck, Operation, Hautausschläge, Medikamente, usw.

**Weitere Erkrankungen – Welche weiteren 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 .....        |  |  |                                    |

**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:** .....



## Medikamente

**Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit 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** Tinnitus links / rechts seit ..... Schwerhörigkeit

**Zähne/ Kiefer** Wurden bei Ihnen Amalgamfüllungen entfernt?  Ja  Nein

Wurde eine Amalgamausleitung durchgeführt?  Ja  Nein

**Haben Sie wurzelbehandelte Zähne?** .....

**Zahnfüllmaterialien**  Amalgam  Kunststoff  Gold  Keramik

**Nase** Operationen, Nasennebenhöhlenentzündungen, behinderte Nasenatmung, verstopft

**Mandeln** Operation, häufig Mandelentzündungen als Kind / heute

**Schilddrüse** Überfunktion, Unterfunktion, Autoimmunerkrankung, Vergrößerung, Operation

## Brust/Bauch

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

**Lunge** Bronchitis, häufig Husten,

**Leber** Entzündung – Hepatitis – erhöhte Leberwerte

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

**Magen** Völlegefühl, Gastritis, Appetitlosigkeit, Schmerzen, Sodbrennen

**Darm** Infektionen, Hämorrhoiden, Blinddarmoperation, Blähungen, Würmer als Kind

**Stuhlgang** täglich, jeden 2.3.4. Tag, unregelmäßig, übel riechend

Neigung zur Verstopfung / Durchfall, wechselhaft

Stuhl hell, dunkel, übel riechend, hart, knollig, schmierig, ich kann

Stuhl nicht halten, Gefühl, nicht fertig zu werden



### Rücken – Arme – Beine - Haut

- Arme** Verletzungen, Schmerzen, Tennisellenbogen, Kribbeln, kalte Hände
- Beine** Schmerzen, Krampfadern, Verletzungen, kalte Füße, Kribbeln, Taubheitsgefühl
- Rücken** Beweglichkeit eingeschränkt, Verspannungen, Belastungen, Schmerzen
- 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
- Menstruation** Wann war die erste Menses ..... wann die letzte.....  
Beschwerden vor - nach - während der Regel - welche .....  
Wechseljahrs- Beschwerden .....
- Nehmen Sie Verhütungsmittel? Welche .....**
- Prostata** vergrößert, Entzündungen gehabt, 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** ..... **Blutdruck** zu hoch / zu niedrig
- Rauchen Sie?** ..... **Wie viele Zigaretten am Tag?** .....
- Auf einer Skala von 1-10 - wobei 10 optimal wäre - wie viel Energie haben Sie?** .....
- Wie viel Liter und was trinken Sie pro Tag?** .....
- Welche Getränke trinken Sie?** .....
- Treiben Sie Sport? Welchen?** .....



Fortsetzung - Allgemeines

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

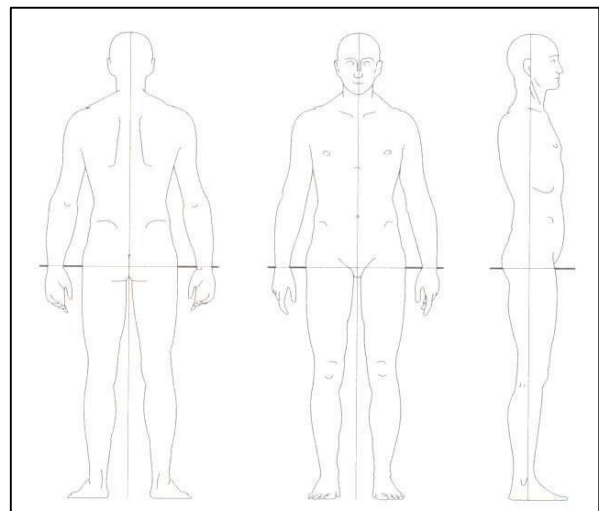
**Schlafzeit**       übliches zu Bett gehen ..... übliches Aufstehen.....

Schmerzfragen

**Wo treten Schmerzen auf?**

Bitte kennzeichnen

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



**Schmerzskala für den Hauptschmerz**

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>
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

---

**Essen Sie vegetarisch oder vegan?**

**Bitte notieren Sie, welche Nahrungsmittel Sie vorgestern und gestern gegessen haben?**

	Vorgestern	gestern
Morgens		
Mittags		
Abends		
Zwischenmahlzeiten		

**Haben Sie Heißhunger, auf...?**

Salz / Süßes / Saures / Fettiges / Sonstiges

**Besteht eine Laktose – Fruktose oder Glutenunverträglichkeit?**

**Welche Lebensmittel vertragen Sie nicht?** .....

.....

**Gegen welche Lebensmittel besteht eine Abneigung?** .....

.....



## Krankengeschichte

### **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?**

**Was ist Ihre größte Sorge im Leben?**

**Grollen Sie jemandem?**

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



## Informationen zu Ihrer Behandlung

Bitte lesen Sie sich folgende Informationen aufmerksam durch und füllen Sie die gelb markierten Felder aus:

**Unsere Abrechnungsstelle Mediserv** Um mehr Zeit für Ihre Behandlung und Betreuung zu haben, halten wir unseren Verwaltungs- aufwand so gering wie möglich. Deshalb haben wir die Abrechnung an unseren Partner über- tragen: Mediserv - Abrechnung und Service für Heilberufe GmbH - 66094 Saarbrücken - Telefon 0681/4000789 - Telefax 0681/400076 - service@mediserv.de

Die mediserv GmbH unterliegt als Abrechnungsgesellschaft den einschlägigen Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes und verarbeitet Patientendaten mit höchster Sorgfalt und absoluter Vertraulichkeit.

Für alle Fragen zur Abrechnung stehen Ihnen bei mediserv Ansprechpartner zur Verfügung. mediserv bietet Ihnen darüber hinaus auch einen Online-Service rund um die Uhr unter [www.arztrechnung.de](http://www.arztrechnung.de). Für dieses Abrechnungs- verfahren benötigen wir Ihr schriftliches Einverständnis. Wir bitten Sie deshalb um Ihre Zustimmung durch Unter- zeichnung der umseitigen Erklärung.

Patient \_\_\_\_\_ geb. \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

### Ich erkläre mich einverstanden mit der

- Weitergabe der zum Zwecke der Abrechnung und Geltendmachung jeweils erforderlichen Informationen, insbesondere Daten aus der Patientenakte (Name, Geburtsdatum, Anschrift, Behandlungsdaten) an die mediserv GmbH; - möglichen Einholung einer Information bei einer Auskunft zur Prüfung meiner Zahlungsfähigkeit;

- Abtretung der sich aus der Behandlung ergebenden Forderungen an die mediserv GmbH; - sicherungsweisen Weiterabtretung der Forderungen durch die mediserv GmbH an die Bank 1 Saar, Saarbrücken.

Ich wurde darüber aufgeklärt, dass die mediserv GmbH die Leistungen meines/r Heilpraktikers/in mir gegenüber im eigenen Namen in Rechnung stellen und für eigene Rechnung einziehen wird. Sollte es über die Berechtigung der Forderung unterschiedliche Auffassungen geben, kann mein/e Heilpraktiker/in in einer etwaigen Auseinandersetzung als Zeuge/Zeugin gehört werden.

Ich entbinde meine/n Heilpraktiker/in von ihrer/seiner Schweigepflicht, soweit dies für die Abrechnung und Geltendmachung der Forderungen erforderlich ist. Meine Zustimmung gilt auch für zukünftige Behandlungen; ich kann diese jederzeit mit sofortiger Wirkung für die Zukunft widerrufen. Ein Exemplar dieser Einverständniserklärung habe ich erhalten.

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient bzw. gesetzlicher Vertreter



## Informationen zur Kostenübernahme und Terminvereinbarung

Patient \_\_\_\_\_ geb. \_\_\_\_\_

### Kostenübernahme Kassenpatienten

Die Kosten der Therapien sowie der verordneten Heilmittel werden durch die gesetzlichen Krankenkassen nicht übernommen. Die Erstberatung kostet 120,- €. Alle weiteren Behandlungen erfolgen nach individueller Absprache und unterliegen nicht dem Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker

### Terminvereinbarungen

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

### 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.

Die Abrechnung ist nicht an die Gebührenverordnung für Heilpraktiker gebunden. Innerhalb eines Kostenvoranschlags, der vor Behandlungsbeginn erstellt wird, wird auf Abweichungen hingewiesen.

Die Erstberatung kostet 150,- € und es muss mit einer Zuzahlung von ca. 50,- € gerechnet werden.

**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.**

### 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 ich mich vor der Behandlung über die oben aufgeführten Leistungs- und Abrechnungsmodalitäten informiert habe und ich diese verstanden habe.**

---

Ort/ Datum

Unterschrift