

Liebe/r Frau/Herr

gemeinsam haben wir einen Termin für den _____ vereinbart.

Damit die Untersuchung und Behandlung für Sie so angenehm wie möglich gestaltet wird, bekommen Sie vorab diesen Brief mit beiliegender Anamnese.

Diagnostik-/Erstgespräch Termin _____

Besprechung-/Therapieplan Termin _____

1. Bitte füllen Sie den beiliegenden Anamnesebogen nach bestem Wissen aus. In der Rubrik „Symptome“ schreiben Sie zunächst einmal drei Hauptsymptome/Wünsche auf, die Ihnen besonders wichtig sind. Es ist kein Problem, wenn Sie eine Frage nicht beantworten können.
2. Bitte bringen Sie die *Packungsbeilagen* aller Medikamente mit, die Sie zurzeit einnehmen (auch Vitamine, Mineralien, Pille, etc)
3. Bitte benutzen Sie am Tag der Erstuntersuchung keine Cremes, Salben, Make-Up etc
4. Sollten Sie einen Termin aus dringenden Gründen nicht wahrnehmen können, so teilen Sie mir dies bitte so früh wie möglich mit. Bitte bedenken Sie, dass ich speziell für Sie diese Zeit reserviert habe
5. *Untersuchungsbefunde (Laborbefunde, Röntgenaufnahmen, Impfausweis etc) sowie eine aktuelle (falls vorhanden!) Panorama- oder Einzelaufnahme Ihrer Zähne können der Diagnostik sehr hilfreich sein und dürfen gerne mitgebracht werden. Herde an den Zähnen, Zahnwurzeln und der Kieferknochen können den Körper chronisch belasten*
6. Ihren Ernährungsbericht bringen Sie bitte ausgefüllt zum Ersttermin wieder mit.

Ich freue mich auf Ihren Besuch!

Sollten Sie noch Fragen haben, stehe ich Ihnen gerne mit Rat und Tat zur Seite.

Information:

Alle von mir in Rechnung gestellten Leistungen müssen grundsätzlich selbst gezahlt werden. Die Rechnungsstellung erfolgt unabhängig von einer möglichen Erstattung durch private Krankenversicherungen oder Beihilfestellen.

Bei Fragen zu Kosten Ihrer persönlichen Therapie/Diagnostik sprechen Sie mich gerne an.

Auch während der Behandlungszeit bei mir bitte ich Sie, Ihre Medikamente nur nach vorheriger Absprache mit Ihrem behandelnden Arzt abzusetzen.

Erklärung des Patienten:

Ich habe diese Anschreiben zur Kenntnis genommen und erkläre mich mit der oben genannten Art der Rechnungsstellung einverstanden

Datum / Unterschrift des Patienten

Anamnese

Name / Vorname _____ Geb. Datum _____

Straße / PLZ / Wohnort _____

Tel / Handy / email _____

Gewicht _____ Blutdruck _____ Zucker _____

Beruf _____

Hausarzt _____

Facharzt _____

Zahnarzt _____

- **Symptome / Wünsche, bzw Erwartungshaltung**

1.)

2.)

3.)

- **Liegt eine schulmedizinische Diagnose /liegen schulmedizinische Diagnosen vor? Wenn ja – welche**

- **Aktuelle Medikamente**

Name	Warum	Wie häufig	Seit wann

- **Worin vermuten Sie den Auslöser Ihrer Erkrankung/Beschwerden?**
(z.B. Stress, Kummer, Trauer, Trennung, Operation, Medikamente, etc)

- Welche Krankheiten sind innerhalb Ihrer Familie bekannt (ms-mütterlicherseits,vs-väterlicherseits) zutreffendens bitte ankreuzen:

Krankheit	Wer	Krankheit	Wer
Osteoporose		Rheumatismus	
Herzerkrankungen		Schlaganfall	
Asthma		Diabetes	
Krebs		Gefäßkrankheiten	
Nierensteine		Gallensteine	
Gicht		Allergien	
Schuppenflechte		Neurodermitis	
Schilddrüsenstörungen		Depressionen o.ä.	
Reizdarm		Reizmagen	
Autoimmun: bitte Angabe Der Krankheit		diverse	

- Welche Impfungen haben Sie in den letzten Jahren bekommen? Gab es Reaktionen?

- Wurden Krankheiten schon einmal mit **Antibiotika/Kortison** behandelt?

Erkrankung	Wann ca	Medikament

- Bestehen Allergien?

- Sind Nahrungsmittelunverträglichkeiten bekannt?

Kopf/Hals

bitte Angaben zu Auffälligkeiten machen bzw. unterstreichen

Leiden Sie unter **Kopfschmerzen**/Schwindel? Falls ja – wie häufig?

Haare Haarausfall, kreisrunder, Schuppen, fettig

Augen _____

Ohren _____

Nase häufig verstopft, Fließschnupfen, Nasennebenhöhlenentzündungen

Mandeln Operation, manchmal Entzündung, Halsschmerzen, Mundgeruch,
belegte Zunge

Schilddrüse Überfunktion, Unterfunktion, M. Basedow, Hashimoto, Vergrößerung,
Operation –Wann?

Zähne

Wurden Amalgamfüllungen entfernt o ja o nein wann _____

Wurde Amalgam ausgeleitet o ja o nein

Wenn ja – womit? _____

Zahnfleischbluten o ja o nein

Weisheitszähne entfernt? o ja o nein

Wurzelbehandelte Zähne o ja o nein

Parodontitis o ja o nein

Zahnfüllmaterial o Gold o Amalgam o Kunststoff o Keramik o Implantate

Aufbißschiene o ja o nein

Aktuell Zahnschmerzen o ja o nein

Rumpf / Organe

Brust	Beschwerden, Knoten, Zysten, Krebs Letzte Krebsvorsorge _____
Herz	unklare Beschwerden, Stechen, Druckgefühl, Infarkt, Beklemmung, Rhythmusstörungen, Schmerz, Bypass, Stent, Verkalkung bekannt
Blutdruck / Puls	hoch, tief Wann zuletzt gemessen? Ergebnis : _____
Lunge	Bronchitis, manchmal husten, Asthma, oft verschleimt _____
Leber	Entzündung – Hepatitis (A/B/C), Fettleber
Galle	Steine , Koliken, Operation, Druck im Oberbauch, Fettunverträglichkeit
Magen	Völlegefühl, Gastritis, Appetitlosigkeit, Sodbrennen, Heliobacterinfektion _____
Darm	Pilze, Hämorrhoiden, Blähungen, Reizdarm, Colitis ulcerosa, Morbus chron, Juckreiz am Darmausgang, Divertikel Letzte Krebsvorsorge / Darmspiegelung _____ Ergebnis _____ _____
Stuhlgang	<input type="checkbox"/> täglich <input type="checkbox"/> alle 2 Tage <input type="checkbox"/> alle 3 Tage <input type="checkbox"/> alle 4 Tage <input type="checkbox"/> unregelmäßig Neigung zur Verstopfung, Neigung zu Durchfall, Stuhl hell, dunkel, übelriechend, hart, knollig, weich, schmierig, Gefühl, nicht fertig zu werden _____ _____
Nieren	Nierensteine/Gries, Zysten, Entzündungen, Stechen im Rücken links / rechts
Blase	Reizungen, (chronische) Entzündungen _____
Harn	viel, wenig, häufig, kann nicht halten, schaumig
Op`s	_____

Arme – Beine – Rücken - Haut

Arme	Schmerzen, Kribbeln, kalte Hände, schwitzige Hände, Schulterschmerz
Beine	Besenreiser, Krampfadern, Knieschmerzen rechts/links, kalte Füße, Kribbeln Taubheitsgefühl, Schmerzen durch Bewegung, häufig Krämpfe, Anlaufschmerz
Rücken	Verspannungen, Rheuma, Schmerzen HWS / BWS / LWS, Hexenschuß, Ischias Skoliose
Haut / Nägel	Pickel, Hautjucken, Warzen, Pilze, Nagelbettentzündungen, Ekzeme, brüchige Nägel
Narben	wenn ja wo ? _____

Allgemeines und sonstige Anmerkungen

Schlaf	Schlaflosigkeit, Einschlafstörungen, Durchschlafstörungen, Nachtschweiß, müde trotz ausreichend Schlaf
Träume	_____
Sport	_____
Ernährung	Verlangen nach : süß, sauer, pikant, salzig, Fleisch, Eier, Obst, Nikotin, Alkohol Abneigung gegen : süß, sauer, pikant, salzig, Fleisch, Eier, Obst, Nikotin, Alkohol
Rauchen	wenn ja – wieviel _____
Alkohol	wie häufig? – wieviel _____
Trinken	Wie viel Flüssigkeit genau trinken Sie pro Tag? _____ Davon Wasser? _____
Gewicht	_____
Größe	_____

Eigene Zusätze

- Welche Therapie/n wurde/n bei Ihnen schon ausprobiert?

- Seelischer Kummer/Stress

mit dem Partner, mit den Kindern, mit den Eltern, am Arbeitsplatz,
wirtschaftliche Sorgen, Zukunftsängste

Was muß geändert werden, damit es Ihnen bezüglich Ihres Kummers/Stress besser geht?

Was wissen Sie über Ihre Blutwerte?

Letzter Bluttest (Kopie!)

Letzte Vorsorgeuntersuchungen

Chronologische Krankengeschichte