

Anamnese - Fragebogen

Naturheilpraxis Rößle - Hohentwielstr. 110 - 70199 Stuttgart - 0711 838 299 80



Name _____ Geburtstag _____
Vorname _____ Tel.Mobil _____
Straße _____ Tel. Festnetz. _____
PLZ-Ort _____ E-Mail _____
Beruf _____ Familienstand / Kinder _____
Wer hat mich empfohlen? _____

Ich bezahlen in : **Bar** **EC-Karte / Kreditkarte**

und benötige zusätzlich eine Rechnung für meine Private KV nach GebÜH / Blutbilder nach GoÄ

Anleitung:

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen genau aus. Bei den Beispielen genügt es zu unterstreichen, sofern diese zutreffen, ansonsten mit eigenen Worten beantworten. Bitte nehmen Sie sich ausreichend Zeit.

Erläutern Sie kurz Ihr Anliegen an mich. Welches Krankheitsbild bzw. Symptome beschäftigen Sie?

OPERATIONEN / FAMILIENANAMNESE

Was war unmittelbar vor dem ersten Auftreten Ihrer jetzigen Beschwerden?

z.B. eine Erkrankung, Kummer, Trauer, Schreck, Operation, Hautausschläge, Medikamente usw.

Welche Krankheiten sind Ihnen in Ihrer Familie bekannt? Eltern, Großeltern, Geschwister.

z.B. Krebs, Tuberkulose, Geisteskrankheiten, Geschlechtskrankheiten, Selbstmord, Herzkrankheiten, Gefäßkrankheiten, Schlaganfall, Asthma, Zuckerkrankheit, Rheuma, Nierensteine, Gallensteine, Multiple -Sklerose ...

IMPFUNGEN - ALLERGIEN

Welche Auffrischimpfungen haben Sie bekommen? Bitte Impfausweis mitbringen.

z.B. Tuberkulose, Polio, Diphtherie, Tetanus, Hepatitis, Cholera, Gelbfieber, Pocken, Grippe, Zecken, Corona usw.

Gab es Reaktionen auf Impfungen?

z.B. Fieber, Krämpfe, Unruhe, Schlaflosigkeit, Verhaltensänderungen, Geschmacksverlust, Nervenschmerzen usw.

Welche Infektionskrankheiten haben Sie durchgemacht?

Masern, Mumps, Röteln, Keuchhusten, Windpocken, Scharlach, Tetanus, Kinderlähmung (Polio), Malaria, Tuberkulose usw.

Gibt es Allergien? _____

Pollen / wann? _____

KOPF

Leiden Sie unter Kopfschmerzen?

Falls Ja
Häufig, selten, Stirn - Augen - Schläfen - Hinterhauptregion,
morgens - abends - halbseitig - links - rechts - doppelseitig

Haare

Haarausfall, Kreisrunder, vereinzelt, seit wann? _____

Augen

Bindehautentzündung, kurzsichtig, weitsichtig, Grauer Star, Makula-Degeneration usw.

Ohren

links / rechts _____ Tinnitus seit _____ Schwerhörigkeit seit _____ andere _____

Zähne / Kiefer

Wurden bei Ihnen Amalgamfüllungen entfernt? Ja Nein
Wurde eine Amalgamausleitung durchgeführt? Ja Nein

Zahnfüllmaterialien

Amalgam Kunststoff Gold Keramik

Nase

Operationen, Nasennebenhöhlenentzündungen, behinderte Nasenatmung, Nase verstopft

Mandeln

Operationen, häufig Mandelentzündung als Kind / Heute

Schilddrüse

Überfunktion, Unterfunktion, Vergrößerung, Operation

BRUST & BAUCH

Herz

Beschwerden, Stechen, Druckgefühl, Infarkt, Beklemmung, Rhythmusstörungen

Lunge

Bronchitis, häufig Husten

Leber

Entzündung - Hepatitis

Galle

Steine, Koliken, Operationen, Druck im Oberbauch, Fettunverträglichkeit

Magen

Völlegefühl, Gastritis, Appetitlosigkeit, Nahrungsmittelallergie _____

Darm

Infektionen, Hämorrhoiden, Blinddarm-Op, Blähungen - Geruch _____

Stuhlgang

Stuhlgang: Täglich, Unregelmässig, Richt nach: _____
Neigung zu Verstopfung, Neigung zu Durchfall, Unruhe in den Beinen, Gefühl nicht fertig zu werden, Stuhlgang wechselhaft

RÜCKEN - ARME - BEINE - HAUT

Arme	Verletzungen, Schmerzen, Tennisellenbogen, Kribbeln, kalte Hände ...
Beine	Verletzungen, Schmerzen, Krampfadern, Operationen, Verletzungen, kalte Füße, Kribbeln, Taubheitsgefühl ...
Rücken	Beweglichkeit, Verspannungen, Belastungen, Rheuma ...
Haut / Nägel	Verbrennungen, Geschwüre, Hautjucken, Warzen, Pilze, eingewachsene Nägel, Nagelbettentzündungen ...
Narben	Haben Sie durch Operationen oder Verletzungen Narben? <input type="radio"/> Ja – bitte unbedingt beim Besuch zeigen – auch kleine <input type="checkbox"/> <input type="radio"/> Nein

UNTERLEIB - GYNÄKOLOGIE

Gynäkologie	Ausfluss, Eierstockentzündung, Ausschabung, Fehlgeburt, Tumore, Zysten, Myome, Geschlechtskrankheiten, usw.
Menses	Wann war erste Menses? _____ Wann die letzte? _____ Beschwerden vor - nach - während der Regel, welche? _____ Klimatische Beschwerden _____
Nehmen Sie Verhütungsmittel?	Welche? _____
Prostat	vergrößert - Entzündungen gehabt - aktuell - Beschwerden beim Wasserlassen
Nier / Blase	Nierensteine - Entzündungen - häufig
Harn	viel, wenig, kann nicht halten, Geruch nach: _____
Sexualität	vermindert, verstärkt, unbefriedigt, Beschwerden beim Geschlechtsverkehr

ALLGEMEINES

- Haben Sie schon einmal Hypoxie-Therapie (IHHT) gemacht? _____ JA NEIN
- Haben Sie einen akuten Infekt, akute Kopfschmerzen? _____ JA NEIN
- Haben Sie eine schwerwiegende akute Erkrankung? _____ JA NEIN
- Haben Sie eine **genetische Blutbildungsstörung (Thalassämie, Sichelzellanämie o.ä?)** _____ JA NEIN
- Nehmen Sie Aspirin oder Blutverdünner ein bzw. wurden schon einmal eingenommen? JA NEIN
- Haben Sie Allergien? _____ JA NEIN
- Nehmen Sie Medikamente ein? _____ JA NEIN
- Haben Sie schon einmal eine Infusion bekommen? _____ JA NEIN
- Haben Sie eine **Sorbitintoleranz?** _____ JA NEIN
- Haben Sie eine **Histaminintoleranz?** _____ JA NEIN
- Wurden Sie schon einmal auf ein **Glucose-6-Phosphat-Dehydrogenase Mangel** getestet? JA NEIN

Mein aktuelle Körpergewicht _____	Körpergröße _____
Ihre Blutgruppe _____	Blutdruck _____
Trinken Sie Alkohol? _____	Rauchen Sie? _____
Leben sie nach bestimmte Ernährungsrichtlinien? _____	Treiben Sie Sport? _____
Wieviel Wasser Trinken Sie _____	

Wie schlafen Sie? Schlaflosigkeit, häufiges Erwachen (Uhrzeit _____), Schwierigkeiten beim Einschlafen, Unruhen in den Beinen, Nachtschweiß, Heiße Füße, Zähneknirschen

Schlafzeiten Übliches zu Bett gehen: _____ übliches Aufstehen: _____

Fragen zum Allgemeinbefinden: Bitte kreisen Sie eine Zahl von 1 -10 ein.

- | | |
|--|---|
| 1. Wie Fit fühlen sie sich? | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 |
| | NICHT FIT SEHR FIT |
| 2. Wie ist Ihre aktuelle Stimmung? | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 |
| | NICHT GUT SEHR GUT |
| 3. Wie stark beeinträchtigt Sie ihre Symptome? | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 |
| | WENIG STRAK |
| 4. Wie stark leiden Sie unter den Symptomen? | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 |

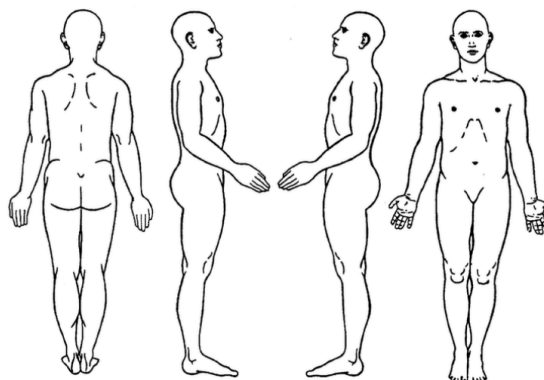
- Leiden Sie unter Antriebslosigkeit und Müdigkeit? JA NEIN
- Haben Sie häufig einen Punktschmerz zwischen den Schulterblättern JA NEIN
- Bekommen Sie schnelle blaue Flecken? JA NEIN
- Haben Sie eine Abneigungen gegen fettiges Essen? JA NEIN
- Leiden Sie unter Haarausfall (v.a. schubweise)? JA NEIN
- Haben Sie starke Stimmungsschwankungen? JA NEIN
- Frieren Sie häufig und haben kalte Glieder? JA NEIN
- Haben Sie häufig Gelenk- oder Muskelschmerzen? JA NEIN
- Haben Sie häufig morgens einen unangenehmen Geschmack im Mund? JA NEIN
- Leiden Sie unter chronischen Sehnenbeschwerden? JA NEIN
- Leiden Sie unter Allergien oder Nahrungsmittelunverträglichkeiten JA NEIN

SCHMERZFRAGEN - Wenn vorhanden

Wo treten Ihre Schmerzen auf?

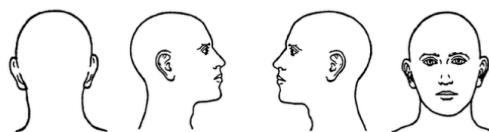
Bitte kennzeichnen Sie diese

- Kreuz - Punktförmiger Schmerz
- Linie - unklare Schmerzlagerung
- Pfeil - ausstrahlender Schmerz



Schmerzskala für den Hauptschmerz

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
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

Andere Symptome zum Schmerz

Ziehend, brennend, stechend, klopfend, drückend, kolikartig, krampfend, dumpf, beengend, bohrend

Schmerzbehandlung bisher? _____

Welche Medikamente / Nahrungsergänzungsmittel und in welcher Dosierung nehmen Sie zurzeit ein?

Bitte wenn möglich Medikament mitbringen?

Chronologie der Krankengeschichte?

Bitte erfassen Sie alle bisherigen Erkrankungen und Operationen, welche Sie durchgemacht haben.

PLATZ FÜR WEITERE INFORMATIONEN:

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient

Vor Beginn der Behandlung bitte ich Sie, diese nachfolgenden Informationen bitte sorgfältig durchzulesen und bei Unklarheiten nachzufragen.

1. Behandlungsvertrag

Durch die Annahme des Angebots zur Beratung, Diagnose und Therapie durch den Heilpraktiker Timo Rößle kommt automatisch ein Behandlungsvertrag zustande. Dieser Vertrag verpflichtet mich als Heilpraktiker dazu, die besagten Dienste zu leisten und mich um Heilung oder Linderung einer Erkrankung zu bemühen. Den Patienten verpflichtet er im Gegenzug dazu, diese Leistungen zu vergüten.

2. Heilversprechen

Es wird gemäß Heilpraktikerwerbe-gesetz (HWG) ausdrücklich darauf hingewiesen, das durch den Heilpraktiker Timo Rößle kein Versprechen auf Heilung oder Linderung gegeben wird.

3. Schweigepflicht

Alles was im Rahmen einer Sitzung besprochen wird, fällt unter die Schweigepflicht. Ich Timo Rößle verpflichte mich, Ihre Privatsphäre zu wahren und keine Inhalte aus den Sitzungen an Dritte weiterzugeben.

4. Datenschutz

Ihre Daten werden soweit sie zur Durchführung der momentanen und zukünftigen gemeinsamen Arbeit und zur Rechnungsstellung benötigt werden elektronisch gespeichert.

5. Verantwortung / Aufklärung über Komplikationen

Durch den Gesetzgeber bin ich angewiesen, Sie über zwar seltene, aber eventuell mögliche Komplikationen für folgende Therapiemethoden, die zur Therapie Ihrer Beschwerden evtl. sinnvoll sind, aufzuklären:

6. Aufklärung Injektion / Infusionstherapie

Die Indikation, Kontraindikationen und ihre Fragen zur Behandlungsmethode und der Einwilligung werden in der Therapiesitzung besprochen

6.1. Infusionsarten:

- i.v. (Injektion in die Vene) wirkt innerhalb weniger Sekunden
- i.m. (Injektion in den Muskel) Wirkung innerhalb von 10-15 Minuten
- l.c. oder s.c. (Injektion in die Oberhaut oder Unterhaut) Wirkt innerhalb 20-30 Minuten

6.2. Vorteile einer Injektion

- bessere lokale Wirkung
- kein Wirkstoffverlust (vgl. Oral) oder Veränderung (Magensäure)
- gute Dosierbarkeit & Steuerung von Wirkungseintritt und Dauer

6.3. Welche Komplikationen können auftreten bei Injektion / Infusion?

- Hämatome (Bluterguss) oder Entzündung bis Abszessbildung an der Einstichstelle
- Gefäß oder Nervenschäden
- allergische Reaktion mit Juckreiz und Hautausschlag bis zum allergischen Schock. Bitte teilen Sie Ihrem Behandler unbedingt mit, wenn Allergien vorliegen oder bereits früher allergische Reaktionen nach der Injektion oder Infusion auftraten.

7. Honorar bei Infusionen

1.) Anamnese beim ersten Termin von max. 15 min pauschal 20 Euro

2.) Infusionspreise je nach Therapie & Infusionsart.

3.) Preise für eventuell zusätzlich anfallende Beratungen (Stundensatz 105,00€) oder Blutbilder.

Kosten für weitere Behandlungen werden im Erstgespräch immer ausführlich mit Ihnen besprochen.

Die Höhe des Honorars resultiert gemäß aus der freien Vereinbarung zwischen Patient und Therapeut.

8. Honorar Allgemein

Der Stunden Honorarsatz beläuft sich bei sonstiger Beratung auf 105,00€ je Stunde. Therapiekosten, Blutanalysen je nach Aufwand und Behandlungsart. Kosten für Ihre weitere Behandlung werden im Erstgespräch ausführlich mit Ihnen besprochen.

Die Höhe des Honorars resultiert gemäß aus der freien Vereinbarung zwischen Patient und Therapeut.

9. Rechnungsstellung für Privat- oder Zusatzkrankenkassen

Ich möchte, dass meine Rechnungen auf der Grundlage des Gebührenkatalogs für Heilpraktiker (GebüH) oder bei Blutbildern nach der Gebührenordnung für Ärzte (GoÄ 1,15) krankenkassenkonform erstellt werden.

Bei der Rechnungslegung für private Krankenkassen werden die einzelnen Gebührensätze gemäß der Gebührenordnung für Heilpraktiker bzw. bei Blutbildern gemäß der Gebührenordnung für Ärzte (GoÄ 1,15) angegeben, wie es von den privaten Krankenkassen gefordert wird. Dies stellt jedoch keine Garantie dar, dass diese Kosten von der Krankenkasse übernommen werden. Die Vergütung ist auch nicht vom Behandlungserfolg abhängig und ist aber in jedem Fall in voller Höhe zu entrichten.

Eine nachträgliche Änderung der Rechnung, falls meine Krankenkasse bestimmte Positionen nicht übernimmt, ist nicht möglich.

BITTE JA ANKREUZEN, WENN SIE EINE DETAILLIERTE RECHNUNG BENÖTIGEN!!! JA

10. Ausfallgebühr

Ein vereinbarter Termin wird Ihnen, sofern nicht spätestens 24 Stunden vorher abgesagt, in Höhe von 80€ in Rechnung gestellt, da dieser Termin so kurzfristig nicht neu belegt werden kann.

Ich möchte ihren kostenlosen Newsletter erhalten, welcher mich über Aktionen und Neuerungen informiert.

JA NEIN

Die Datenschutzhinweise habe ich zur Kenntnis genommen.

JA NEIN

Einzusehen unter www.naturheilpraxis-roessle.de/datenschutzhinweise-patient

Jede Punktion, Injektion oder Infusion stellt einen Eingriff dar, der einer Beeinträchtigung der körperlichen Unversehrtheit gleichkommt. Ich wurde über die Risiken der Infusions bzw. Injektionsbehandlung informiert. Ich habe das Aufklärungsgespräch verstanden und habe keine weiteren Fragen.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich in der Lage bin, uneingeschränkt selbst die Verantwortung für mein Handeln zu übernehmen und haben die vorstehenden Informationen zur Kenntnis genommen und Verstanden.

Mit meiner Unterschrift bestätige die Richtigkeit meiner Angaben.

.....den.....
Ort Datum

.....
Name / Vorname in Druckbuchstaben Unterschrift Patient | Gesetzlicher Vertreter