

Anamnese Fragebogen

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



Röble

NATURHEILPRAXIS

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

Ich bezahle: ☐ EC-Karte ☐ BAR

und ich benötige für meine Privat Krankenversichert bei _____ eine Rechnung zur Einreichung nach GebÜH / Blutbilder nach GoÄ 1,15

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.

Bitte erläutern Sie kurz in 3-4 Sätzen Ihr Anliegen, welches Sie zu mir führt:

-
-
-
-
-

ALLGEMEINES

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 Impfungen hat Ihr Kind bereits 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.

Infekt? Husten, Schnupfen, Bronchitis, Mittelohrentzündung?
Wenn Ja. Wie häufig?

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 Täglich, jeden 2ten Tag, unregelmässig, riecht nach _____
Neigung zur Verstopfung, Neigung zum Durchfall, Stuhl hell, dunkel, überreichend, hart, knollig, weich, schmierig, pistenartig, Stuhlgang wechselhaft usw.

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, Narben, Geschwüre, Hautjucken, Warzen, Pilz, Narben Gibt es Operationen oder Verletzungen, narben?	☐ Ja	☐ Nein
Narben	Haben Sie durch Operationen oder Verletzungen Narben? ☐ Ja – bitte unbedingt beim Besuch zeigen – auch kleine ☐ ☐ Nein		

UNTERLEIB

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 _____	
Prostata	vergrößert - Entzündungen gehabt - aktuell - Beschwerden beim Wasserlassen	
Niere / 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
Hatten Sie schon einmal einen Krampfanfall / Epileptischer Anfall / Kreislaufschwäche	_____	☐ JA ☐ NEIN
Haben Sie eine Sorbitintoleranz ?	_____	☐ JA ☐ NEIN
Haben Sie eine Histaminintoleranz ?	_____	☐ JA ☐ NEIN
Wurden Sie schon einmal auf einen Glucose-6-Phosphat-Dehydrogenase Mangel getestet?	_____	☐ JA ☐ NEIN
Nehmen Sie Aspirin oder Blutverdünner ein bzw. wurden schon einmal eingenommen?	_____	☐ 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 täglich?	_____		

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 |
| • Leiden Sie unter Konzentrationsstörung, verlangsamtes Denken | ☐ JA ☐ NEIN |
| • Haben Sie Gewichtszunahme trotz normaler o. reduziertem Essen? | ☐ JA ☐ NEIN |
| • Haben Sie Trockene Haut, Haarausfall oder Brüchige Nägel | ☐ JA ☐ NEIN |
| • Haben Sie eine Heißere Stimme | ☐ JA ☐ NEIN |
| • Haben Sie Wassereinlagerungen, va. im Gesicht | ☐ JA ☐ NEIN |

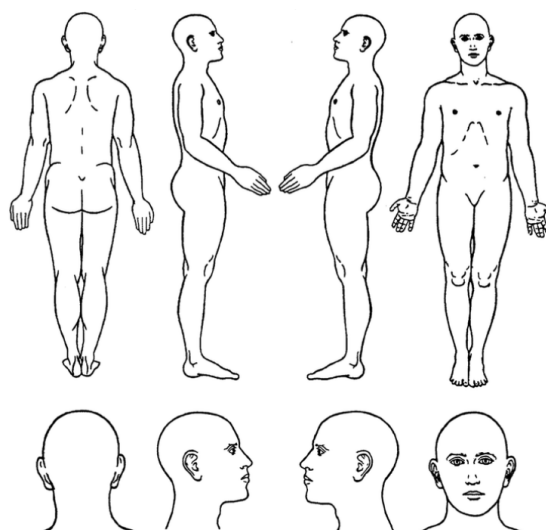
Bitte messen sie die Temperaturen im Mundraum und Ihren Blutdruck / Puls für 3 Tage

	Datum		Datum		Datum	
	Temperatur	BD / Puls	Temperatur	BD / Puls	Temperatur	BD / Puls
Nach dem Aufstehen						
Ca. 12:00 Uhr						
Ca.18:00 Uhr						
Vor dem Zubettgehen						

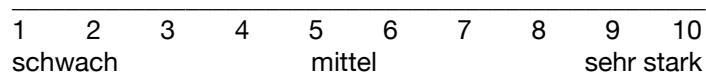
SCHMERZEN

Bitte kennzeichnen Sie diese

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



Schmerzskala für den Hauptschmerz



Seit wann haben Sie die Schmerzen?

Gab es einen 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?

-

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.

Schweigepflicht

Alles was im Rahmen einer Sitzung besprochen wird, fällt unter die Schweigepflicht. Ich Timo Rößle verpflichtet mich, Ihre Privatsphäre zu wahren und keine Inhalte aus den Sitzungen an Dritte weiterzugeben. Wenn sie allerdings eine Rechnung für Ihre Krankenkasse benötigen, werden Ihre Daten hierfür meiner Abrechnungsstelle (PASI) zur Rechnungserstellung zur Verfügung gestellt. (Siehe Beiblatt)

Datenschutz

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

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:

1. Injektion / Infusionstherapie

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

Aufklärung Injektionen / Infusionstherapie

Infusionsarten:

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

Vorteile einer Injektion

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

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.

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 110,00€) 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.

Honorar Allgemein

Der Stunden Honorarsatz beläuft sich bei sonstiger Beratung auf 110,00€ 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.

Rechnungsstellung für Privat- oder Zusatzkrankenkassen

Im Regelfall wird dafür die Gebührenordnung für Heilpraktiker zugrunde gelegt, unabhängig davon welcher Kostensatz von Ihrer Krankenkasse getragen wird. Das Honorar ist aber in jedem Fall in voller Höhe zu entrichten, auch wenn Ihre Versicherung nur einen Teil des Honorars oder gar nichts übernimmt.

Bei Rechnungslegung für Private Krankenkassen erfolgt diese wie von den privaten Krankenkassen gefordert mit Angabe der einzelnen Gebührenordnungsziffern der Gebührenordnung für Heilpraktiker oder nach der Gebührenordnung für Ärzte über eine externe Rechnungsstellung mit einer Rechnungsstellungsgebühr von 8% des Rechnungsbetrages. Die Gewährung der Vergütung ist nicht von einem Behandlungserfolg abhängig.

Es besteht jedoch für den Therapeut/in die Verpflichtung zu einer gewissenhaften Behandlung unter Beachtung der Aufklärungs- und Sorgfaltspflicht.

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 u. Neuerungen informiert. ☐ JA ☐ NEIN

Die Datenschutzerklärung habe ich zur Kenntnis genommen. ☐ JA ☐ NEIN

Einzusehen unter www.naturheilpraxis-roessle.de/datenschutz

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

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

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

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