

Bitte alles vollständig ausfüllen. Sollte der Platz nicht ausreichen, bitte auf der letzten Seite unter weitere Angaben eintragen oder die Rückseite benutzen

Patientenbogen

Bitte beachten Sie auch die Anlage Kind

Termin:

Heilpraxis Monika Moyses, Gartenstraße 2, 25379 Herzhorn
Tel. 04124/608737, Fax 04124/604738, monika@moyses.de, www.moyses.de

Vor- und Nachname _____				
Straße, Nummer: _____				
PLZ und Ort: _____				
Beruf: _____	Tel. tagsüber: _____			
Geburtstag: _____	Tel. abends: _____			
E-Mail: _____	Fax: _____			
Familienstand:	<input type="checkbox"/> Verheiratet	<input type="checkbox"/> Ledig	<input type="checkbox"/> Geschieden	<input type="checkbox"/> Getrennt
	<input type="checkbox"/> Verwitwet	<input type="checkbox"/> Kinder _____		
Kasse:	<input type="checkbox"/> Gesetzliche	<input type="checkbox"/> PostB.	<input type="checkbox"/> Privat/Zusatz	<input type="checkbox"/> Beihilfe

Wie sind Sie auf mich aufmerksam geworden? _____

Krankheiten die Sie bereits hatten: Mumps Masern Röteln Windpocken Scharlach
 Krupp Gürtelrose TBC Hepatitis Pilzbefall

Leiden Sie an: Osteoporose Blutungsneigung Essstörung
 Alkoholkrankheit Herzbeschwerden Depression
 Phobien Allergien Atemnot

Weitere ansteckende Erkrankungen bei Ihnen oder Ihrer Familie: _____ Jahr _____
_____ Jahr _____
_____ Jahr _____
_____ Jahr _____

Z.B. Geschlechtskrankheiten, Drüsenfieber, Immunschwäche

Derzeit schwanger _____ Zigaretten/Tag _____ Alkohol/Tag

Impfungen/Zeitpunkt: Mumps _____ Masern _____ TBC _____
 Röteln _____ Hepatitis _____ Windpocken _____
Weitere _____

Reisen ins Ausland in den letzten 3 Jahren: _____

Erbkrankheiten in Ihrer Familie: _____

Z.B. Herzinfarkt, Diabetes, Gicht, Allergien usw.

Hatten Sie Unfälle und wann?: _____

Welche Operationen/wann: _____
Wo sind Narben?: _____

Bitte alles vollständig ausfüllen. Sollte der Platz nicht ausreichen, bitte auf der letzten Seite unter weitere Angaben eintragen oder die Rückseite benutzen

Patient _____

Wie viele Infekte haben Sie pro Jahr: _____
Z.B. Erkältung 5 mal, Bronchitis 3 mal, usw.

Infekte in den letzten 8 Wochen: _____

Medikamente, der letzten 5 Jahre: _____
Insbesondere Antibiotika, Kortison, Anti Rheumamittel, Immunsuppressiva usw.

Beschwerden und die dazu verordneten Medikamente: _____

Wie viel und was genau trinken Sie: _____

Zahnfüllungen derzeit: Amalgam Palladium Gold Silber _____

Zahnfüllungen bereits entfernt: _____ Jahr _____
Jahr _____

Leiden Sie an: Parodontitis Entzündungen im Mund/ Kiefer/Rachenraum
tote Zähne Wurzelbehandlungen Anzahl _____

Wie viele Stunden schlafen Sie: _____ Stunden. Ist der Schlaf erholsam: Ja Nein manchmal

Ernährungsvorlieben: _____
Süß, sauer, salzig, deftig, Hausmannskost, Kantinenkost, Fastfood, vegan, vegetarisch, vollwertig.... (Mehrfachnennung möglich)

Meiden Sie Speisen? _____
Welche und warum: _____

Bekannte Nahrungsmittelallergie oder -unverträglichkeit: _____

Was essen Sie pro Woche (Anzahl): Rind _____ Huhn _____ Pute _____ Gans _____ Ente _____
Wild _____ Fisch _____ Schwein _____

Wie oft essen Sie pro Tag: Brot _____ Gemüse _____ Süßigkeiten _____ Käse _____
Kekse _____ Kuchen _____ Nudeln _____ Reis _____
Obst _____ Milchspeisen _____

Bitte alles vollständig ausfüllen. Sollte der Platz nicht ausreichen, bitte auf der letzten Seite unter weitere Angaben eintragen oder die Rückseite benutzen

Patient _____

Sport:: _____ Wie oft: _____

Stuhlgang: täglich ____mal wöchentlich ____mal

Stuhlkonsistenz: hart sehr hart kleine Bollen dünne Schlangen,
weich breiig flüssig cremig _____

Stuhlfarbe: hell beige hellbraun dunkelbraun gelb
schwarz _____

Stuhlgeruch: muffig sauer süßlich stinkend leicht muffig

Sie sind geboren: per Kaiserschnitt normale Geburt Zangengeburt
Saugglocke Frühgeburt _____

Aktuelles Körpergewicht: _____ Größe in cm: _____ Blutgruppe _____

Bekannte Hormonstörungen: _____

Frau

Wechseljahrsbeschwerden: _____

Menstruationsbeschwerden _____

Libidoverlust Libidostörung

Einnahme von Cortison-Präparaten: seit wann _____

Erste Menstruation _____ letzte Menstruation _____

Ausbleiben der Menstruation _____

Erste Schwangerschaft _____

Letzte Schwangerschaft _____ Komplikationen während der

Schwangerschaft _____ 21-Tage Zyklus 28 Tage Zyklus unregelmäßig

Unerfüllter Kinderwunsch

Mann

Einnahme von Cortison-Präparaten: seit wann _____

Libidoprobleme: Erektionsstörungen Haarausfall Herzbeschwerden

Zeugungsunfähigkeit Leistenbruch

Prostatabeschwerden letzte Untersuchung der Prostata _____

Sonstiges: _____

Unerfüllter Kinderwunsch

Bei Migräne: Häufigkeit der Anfälle _____ Abstand der Anfälle _____ Dauer des Anfalls
Wann tritt der Anfall auf: Nach bestimmten Nahrungsmitteln bzw.

Getränken: _____

nach Anstrengungen nach Schlafmangel ____Tage nach dem 1. Tag der Regel

Bei Epilepsie: Häufigkeit der Anfälle _____ Abstand der Anfälle _____ Dauer des Anfalls

Bitte alles vollständig ausfüllen. Sollte der Platz nicht ausreichen, bitte auf der letzten Seite unter weitere Angaben eintragen oder die Rückseite benutzen

Patient _____

Wann tritt der Anfall auf: Nach bestimmten Nahrungsmitteln bzw Getränken etc.
Bitte genau beschreiben: _____

Bei Autoimmunerkrankungen, die in Schüben verlaufen, bitte ebenfalls die Schubintervalle notieren und die jeweiligen Auslöser und Begleiterecheinungen:

Ihre jetzigen Beschwerden: _____

Wann sind die Beschwerden aufgetreten? _____ Gibt es einen Auslöser
oder Ereignis, was dazu geführt hat? _____

Bewerten Sie ihre Beschwerden auf einer **Skala von 1-10** (1 ist niedrig, 10 ist hoch)

Beschwerde A _____ Wert: _____ Beschwerde B _____ Wert _____
Beschwerde C _____ Wert: _____ Beschwerde D _____ Wert _____

Was möchten Sie mit meiner Hilfe verändern und welchen Erfolg wünschen Sie sich?

Weitere Angaben:

Bitte alles vollständig ausfüllen. Sollte der Platz nicht ausreichen, bitte auf der letzten Seite unter weitere Angaben eintragen oder die Rückseite benutzen

Patient _____

Bitte bringen Sie Befundberichte und letzte Laboruntersuchungen mit. Die Sprechstundenhilfe Ihres Arztes händigt Sie Ihnen gerne aus.

Wenn Sie möchten, können Sie Ihre komplette Krankengeschichte, mit Therapieschritten, Medikamenten, auch Abänderungen, Therapieerfolgen, Verschlechterungen, Heilungskrisen und Eingriffen bitte chronologisch genau wiedergeben.

Ich bin mir im Klaren, dass die Kosten der Behandlung sowie der Untersuchungen und Tests von der gesetzlichen Krankenversicherung **normalerweise nicht** übernommen werden. Die Beihilfe sowie private Krankenversicherungen übernehmen hingegen zumindest je nach Vertrag einen Anteil der Kosten. Auf Wunsch erhalten Sie eine Rechnung nach der Gebührenordnung für Heilpraktiker GebÜH. Preise entnehmen Sie bitte der Preisliste im Aushang.

Auskünfte und Beratungen per Email und Telefon sowie Fax, die über das Maß einer kurzen Information hinausgehen, stelle ich in Rechnung.

Bitte haben Sie dafür Verständnis, dass Terminabsagen, die kurzfristig (innerhalb von 24 Std.) erfolgen von mir in Rechnung gestellt werden.

Medikamenten- und Nahrungsergänzungsplan Beispiel:

Morgens 8:00Uhr	Meto100 / 1 Tablette Isoginkgo 40 / 1 Kapsel Omega-3,200mg / 1 Kapsel
--------------------	---

Uhrzeit	Medikament / Menge bzw. Anzahl
Morgens	_____ _____ _____
Vormittag	_____ _____ _____
Mittag	_____ _____ _____
Nachmittag	_____ _____ _____
Abends	_____ _____ _____
Nachts	_____ _____ _____