Bitte alles vollständig ausfüllen. Sollte der Platz nicht ausreichen bitte auf Seite 4 unter weitere Angaben eintragen oder die Rückseite benutzen

Patientenbogen

Vor- und Nachname: _____

Straße, Nummer: _____

PLZ und Ort: _____

Beruf: _____ Tel. tagsüber: _____

Geburtstag: _____ Tel. abends: _____

E-Mail: _____ Fax: _____

Familienstand: Verheiratet / Ledig / Geschieden Kinder _____

Derzeit Schwanger Ja Nein ?

Kasse: Gesetzliche PostB. Privat/Zusatz Beihilfe

Hausarzt: _____

Krankheiten die Sie bereits hatten:

Mumps Masern Röteln Windpocken Scharlach Krupp Gürtelrose

TBC Hepatitis Pilzbefall

Weitere ansteckende Erkrankungen bei Ihnen oder Ihrer Familie:

_____ Jahr _____

_____ Jahr _____

Z.B. Geschlechtskrankheiten, Drüsenfieber, Immunschwäche usw.

Weitere Angaben:

Zigaretten/Tag _____

Alkohol/Tag _____

Impfungen und Zeitpunkt:

Mumps _____ Masern _____ TBC _____ Röteln _____

Hepatitis _____ Windpocken _____

Weitere Impfungen: _____

Erbkrankheiten in Ihrer Familie:

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

Bekommen Sie noch Ihre Regelblutung:

Wenn ja, haben Sie diesbezüglich Beschwerden?

Wenn nein, haben Sie Wechseljahr-Beschwerden?

z.B. Hitzewallungen, hoher Blutdruck, Stimmungsschwankungen, Depressionen u.s.w.

Wurde bei Ihnen bereits Osteoporose diagnostiziert: Ja Nein

Haben oder hatten Sie bereits einen Bandscheiben-Vorfall: Ja Nein

Leiden Sie an einer Knochen- oder Wirbelsäulendeformation: Ja Nein

z.B. Skorliose, Morbus Bechterew, Morbus Scheuermann o.ä.

Hatten Sie Unfälle und wann:

Welche Operationen/wann:

Wo sind Narben: _____

Wie viele Infekte haben Sie pro Jahr:

Z.B. Erkältung 5 mal, Bronchitis 3 mal usw.

Infekte in den 8 letzten Wochen:

Medikamente, der letzten 5 Jahre:

Insbesondere Antibiotika, Kortison, Anti Rheumamittel, Immunsuppressiva usw.

Beschwerden und die dazu verordneten Medikamente:

Wie viel **Wasser** trinken Sie am Tag: _____ Liter

Zahnfüllungen derzeit:

Amalgam ____ Palladium ____ Gold ____ Silber ____

Zahnfüllungen bereits entfernt:

_____ Jahr _____

_____ Jahr _____

Wie viele Stunden schlafen Sie:

_____ Stunden

Ist der Schlaf erholsam: Ja Nein

Ernährungs- Vorlieben:

Welche Speisen meiden Sie und warum:

Was essen Sie pro Woche (Anzahl):

Rind ____ Huhn ____ Pute ____ Gans ____

Wild ____ Fisch ____ Ente ____ Schwein ____

Wie oft essen Sie pro Tag:

Brot ____ Nudeln ____ Käse ____ Süßigkeiten ____

Reis ____ Kuchen ____ Kekse ____ Milchspeisen ____

Obst ____ Gemüse ____

Welchen Sport treiben Sie: _____

Wie oft: _____

Stuhlgang: täglich ____mal wöchentlich ____mal

Stuhlkonsistenz: hart sehr hart kleine Bollen dünne Schlangen

weich breiig flüssig cremig _____

Stuhlfarbe: hell beige hellbraun gelb dunkelbraun schwarz

anders _____

Stuhlgeruch: muffig sauer süßlich stinkend leicht muffig

Was möchten Sie mit meiner Hilfe verändern:

Welchen Erfolg wünschen Sie sich:

Weitere Angaben:

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.**

Medikamenten- und Nahrungsergänzungsplan

Wenn Sie möchten, bringen Sie doch Ihre Medikamente in einer Tasche mit zum nächsten Termin, damit keine Fehler auftreten.

Beispiel:

Morgens 8:00Uhr

Meto100 / 1 Tablette

Isogingko 40 / 1 Kapsel

Omega-3,200mg / 1 Kapsel

Uhrzeit Medikament / Menge bzw. Anzahl

Morgens

Vormittag

Mittag

Nachmittag

Abends

Nachts

WICHTIGER HINWEIS:

Hiermit bin ich ausdrücklich darüber informiert worden, dass die gesamten Kosten von einer gesetzlichen Krankenkasse nicht übernommen werden.

Die Kosten werden von einer evtl. bestehenden privaten Versicherung und/oder Beihilfestelle möglicherweise teilweise oder ganz übernommen.

Ich wurde darüber informiert, dass aufgrund der rein naturheilkundlichen Diagnostik und Therapie in der Rechnungsstellung unter Umständen keine klinisch-wissenschaftlichen Diagnosen angegeben werden und dadurch bedingt möglicherweise Leistungen von einer bestehenden Privatversicherung oder Beihilfestelle nicht erstattet werden, was keinen Einfluss auf meine Erstattungspflicht zum Ausgleich der Honorarrechnung hat.

Ich wurde darüber informiert, dass Behandlungskosten unabhängig von geleisteten oder nicht geleisteten Erstattungen durch Beihilfestellen oder privaten Krankenversicherungen an den Heilpraktiker zu zahlen sind.

Bei nicht eingehaltenen Terminen (ohne Absage 24 Std. im Voraus und/oder Ersatz) wird der volle geplante Behandlungspreis in Rechnung gestellt, mindestens jedoch 40,00 €.

Rechnungen werden monatlich gestellt und sind spätestens 14 Tagen nach Erhalt zu zahlen. Hier nach werden Bearbeitungsgebühren in Höhe von 5,00 € fällig. Spätestens nach 30 Tagen tritt Verzug ohne weitere Mahnung ein. (§286 Abs. 3 BGB).

Hinweis zur Chiropraktik und Osteopathie:

Im Urteil des OLG Düsseldorf (vom 08.03.93 302/91) wird verlangt, Patienten das Risiko aufzuzeigen, dass es in seltenen Fällen, vor allem bei nicht korrekter Durchführung der Manipulation der oberen Halswirbelsäule, es zu dauerhaften Durchblutungsstörungen des Kopfes kommen kann.

Kommentar:

Grundsätzlich kann jede Behandlung mit einem Risiko behaftet sein.

Bei entsprechenden Risikofaktoren werden grundsätzlich Röntgenaufnahmen hinzugezogen, um ein eventuelles Risiko aufzudecken.

Anhand dieses ausführlichen Fragebogens und durch die umfangreichen Untersuchungen können eventuelle Risikofaktoren im Vorfeld festgestellt werden.

Bei Unklarheiten sprechen Sie bitte mit mir, ich setze sonst ihr Behandlungseinverständnis voraus.

KOSTEN DER BEHANDLUNG:

Ich wurde von Herrn Heilpraktiker Ingo Rasch über die Voraussichtlichen Kosten der Behandlung wie folgt informiert:

Erstuntersuchung, inklusive ausführliches Gespräch (allgemein).....Euro 80,00*

Chiropraktik und osteopathische Untersuchung inkl. erste Behandlung.....Euro 80,00*

Die Erst-, und Folgebehandlung(en) ist/sind abhängig von den individuellen Bedürfnissen, und richten sich grob nach der GebüH (Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker).

Ein paar der wichtigsten Beispiele:

(Selbstzahler-Preise Stand 05/2012):

Chiropraktik und Osteopathie Folgebehandlungen (ca. 20 – 30 Minuten)	50,00 €
Reine Beratungen – je 20 Minuten	20,00 €
Neuraltherapeutische Behandlung nach Huneke (inkl. Medikament & Material)	40,00 €
Bioresonanztherapie – je 30 Minuten	50,00 €
Infusionen, Eigenbluttherapie und ähnliche Verfahren	30,00 €

Alle angegebenen Preise sind Selbstzahler Preise. Privatpatienten werden, soweit möglich, entsprechend des Regelhöchstsatzes der GebüH (Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker) abgerechnet.

Diese entsprechen in der Regel nicht den Selbstzahler-Preisen. Bei Fragen zur Privatabrechnung sprechen Sie mich bitte persönlich an.

Ich bedanke mich im Voraus für Ihr Vertrauen, und freue mich auf das gemeinsame Arbeiten.

.....

Unterschrift Ort, Datum

Bitte bringen Sie vorhandene Laborbefunde, Röntgenaufnahmen und Befundergebnisse mit.