



Praxis für Naturheilkunde

Heilpraktikerin Martina Junak

Patienten – Fragebogen

Bitte füllen Sie den Fragebogen soweit es Ihnen möglich ist aus.
Sie können ihn am Ende des Fragebogens durch bestätigen den Feldes als Email ganz einfach an mich zurücksenden.

Oder Sie bringen den Fragebogen mit Ihren Befunden zu unserem ersten Gespräch mit.
Bitte nehmen Sie sich Zeit.

Vorname: _____ Name: _____

Strasse: _____ Stadt: _____

Telefon: _____ Mobil: _____

Email: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____

Beruf: _____ Familienstand: _____

Versicherung: _____

Gesetzlich

Privat

Beihilfe

Zusatzversicherung

Hausarzt: _____

Wie sind Sie zu mir gekommen? _____

Bitte beachten Sie:

Wenn Sie gesetzlich versichert sind, übernimmt Ihre Versicherung normal leider keine Heilpraktikerkosten. Ich rechne nach der Gebühren-Verordnung für Heilpraktiker ab. Für Erstattung der Kosten bei Ihrer Krankenkasse gebe ich keine Gewähr. Bitte klären Sie dies im Vorfeld mit Ihrem Versicherer ab. Ein Erstgespräch dauert ca.60-90 Minuten. Die Bezahlung ist auch am Behandlungstag möglich.

Datum: _____ Unterschrift: _____

Ihre Beschwerden:

Unter welchen akuten Beschwerden leiden Sie?
 Geben Sie bitte neben dem Zeitraum, auch die Stärke der Beschwerden an. Auf der Skala 0-10 Ordnen Sie sie bitte nach der Wichtigkeit an.

- 1. _____ seit: _____ Stärke: _____
- 2. _____ seit: _____ Stärke: _____
- 3. _____ seit: _____ Stärke: _____
- 4. _____ seit: _____ Stärke: _____

Welche Behandlungen haben sie gegen die Beschwerden bereits bekommen?

Welche Medikamente nehmen Sie zu Zeit?

- _____ Dosis ____ ____ ____ ____ seit: _____
- _____ Dosis ____ ____ ____ ____ seit: _____
- _____ Dosis ____ ____ ____ ____ seit: _____
- _____ Dosis ____ ____ ____ ____ seit: _____
- _____ Dosis ____ ____ ____ ____ seit: _____

Welche Nahrungsergänzungsmittel nehmen Sie zur Zeit?

- _____ Dosis ____ ____ ____ ____ seit: _____
- _____ Dosis ____ ____ ____ ____ seit: _____
- _____ Dosis ____ ____ ____ ____ seit: _____
- _____ Dosis ____ ____ ____ ____ seit: _____

Ihre Krankengeschichte:

Chronologische Krankengeschichte:

bitte hier alle Ihre bisherigen Erkrankungen und Operationen aufführen

Allgemeines:

Größe: _____ cm :-) :-(**Gewicht:** _____ kg