

Zentrum für Gesundheit Hellmuth Frever • Heilpraktiker Dockenhudener Chaussee 16 25469 Halstenbek

Telefon 04101 - 80 560 30 Email: termin@freyklang.de Internet: freyklang-zentrum.de

## **AUFNAHMEBOGEN ALS NEUPATIENT**

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Halstenbek, den

bevor die erste Behandlung stattfinden kann, erhalten Sie zum einen für Sie wichtige Informationen und zum anderen bitten wir Sie, kurz einige Angaben zu machen, die für eine Behandlung bei uns nötig sind.

Sie werden mit dieser Erklärung auf die unterschiedliche Erstattung von Heilpraktiker-Behandlungen durch gesetzliche und private Krankenkassen bzw. die Beihilfe hingewiesen. Im Zweifel informieren Sie sich bitte vor der

ersten Behandlung über die Kostenübernahme durch Ihre Kasse. Es werden je nach Erfordernissen folgende Untersuchungen und Behandlungsmethoden durchgeführt: Anamnesegespräch, Inspektion mit Sichtdiagnose, Palpation (Abtasten), Funktionskontrolle. Diagnose: Methoden: Akupunktur, Chiropraktik, Faszientherapie, Osteopathie und weitere Naturheilverfahren Die Behandlungskosten betragen je nach Umfang und in der Regel zwischen € 100,-- und € 150,--. Kosten: Persönliche Erklärung des Patienten: Name / Vorname / geb. am: ..... Telefon bzw. Mobilnummer: ..... Ich willige hiermit ein, dass die o.g. Methoden und Verfahren im Rahmen einer biologisch-medizinischen Heilbehandlung an mir durchgeführt und mir entsprechend in Rechnung gestellt werden. Die Begleichung der Rechnung erfolgt unabhängig von einer (Teil-) Erstattung durch gesetzliche oder private Krankenversicherungen oder Beihilfestellen direkt nach der Behandlung. Die Rechnung erhalten Sie im Anschluss an die Behandlung per Email. Ich akzeptiere, dass ich einen vereinbarten Termin 24 Stunden im Voraus absagen muss, damit mir der Ausfall der Behandlung nicht in Rechnung gestellt wird. Die Datenschutzerklärung habe ich zur Kenntnis genommen.

Unterschrift Patient/in (Bei Minderjährigen Unterschrift des Erziehungsberechtigten)



Zentrum für Gesundheit Hellmuth Freyer • Heilpraktiker Dockenhudener Chaussee 16 25469 Halstenbek

Telefon 04101 – 80 560 30 Email: termin@freyklang.de Internet: freyklang-zentrum.de

## **ANAMNESE FRAGEBOGEN 1/2**

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

damit wir uns in unserem Erstgespräch ausreichend Zeit für Sie nehmen kann, möchten wir Sie bitten, im Folgenden schon einige Fragen vorab zu beantworten:

Name:	Vorname:		Geburtsdatum:		
Beruf:			Größe/Gewicht:		
Krankenversicherung:			O gesetzlich O privat		
Bei Minderjährigen Name des Erziehungsberechtigten:					
Aktueller Zustand / Beschwerden in folgenden Bereichen:					
J / N Ich habe aktuell keine Schmerzen; ich bin aus prophylaktischen Gründen hier					
J / N Hals/Nacken	J / N Kiefergelenk	J / N Brustwirbelsäule	J / N Lendenwirbelsäule		
J / N Kreuzbein/Becken	J / N Hüfte	J / N Steißbein	J / N Kopf		
J / N Schulter	J / N Arm	J / N Hand	J / N Leiste		
J / N Knie	J / N Fuß/Knöchel	J /N Oberschenkel	J / N Unterschenkel		
J / N Bauchschmerzen / Verdauungsprobleme - wenn ja, welche:  J / N Schwindel, Art und Häufigkeit:  J / N Kribbeln / Taubheit / Ausfallerscheinungen - wann und wo:  J / N Schlafprobleme, Art und Häufigkeit:  J / N Depressionen / seelische Belastungen / Burnout:					
Nur für Frauen: J/N so	chwanger Geburt	ten: Kaiserschnitte:	Verhütungsmittel:		
Bitte zählen Sie die <b>konkreten Beschwerden</b> auf, weswegen Sie mich <b>heute</b> aufsuchen:  *  *  *					
Gibt es Ihnen bekannte <b>Ursachen</b> für Ihre <b>Beschwerden</b> ? J/N Unfall J/N Sturz J/N Weiss ich nic					
J / N Andere Ursachen:					



Zentrum für Gesundheit Hellmuth Freyer • Heilpraktiker Dockenhudener Chaussee 16 25469 Halstenbek

Telefon 04101 – 80 560 30 Email: termin@freyklang.de Internet: freyklang-zentrum.de

## **ANAMNESE FRAGEBOGEN 2/2**

Bitte kreuzen Sie betreffende Vorei	r <b>krankungen</b> an:	
J / N Bandscheibenvorfall (akut ode	er ausgeheilt), wenn ja: Wo?	
- · · · · · · · · · · · · · · · · · · ·		
	-	
,		
J / N Osteoporose	J / N Osteochondrose	J / N Arthrose
J / N Schwindel	J / N Rheuma	J / N Diabetes
J / N Schlaganfall	J / N Herzschrittmacher	J / N Bluthochdruck
J/ N Krebs	J/N Allergien	J / N Gleitwirbel
J / N Herz/Kreislauf Problematik		·
3 / W Herzy Kreisiaar i robiematik	37 Willigiane & Hadrigker	3 / 14 Ropisciiiicizeii
J / N Sonstiges:		
Krankenhausaufenthalte, Unfälle,	Operationen, Sonstiges:	
*	-	
*		
Ich hin/ war damit in <b>Rehandlung</b> h	ei (Arzt, Orthopäde, Physio, Osteopa	th)·
*	e. (,, eepade)yo.o, esceepa	,.
*		
Vitamine sowie ihre Dosierung:	Sie regelmäßig oder bei Bedarf einnel er, Cortison, Schmerzmittel, Choleste	hmen, auch Nahrungsergänzungsmittel und rinsenker, Omeprazol/Pantoprazol,
*		
*		
*		
Mein aktueller Stresslevel von 1-10	) (10 ist sehr hoch):	
14	567	-8910
Mein aktuelles Schmerzempfinden	von 1-10 (10 ist sehr hoch):	
	5677	-810
14	,,,,,	-610
Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!		
Ihre Daten werden ausschließlich fü	ir den internen Ablauf genutzt und w	verden nicht an Dritte weitergegeben.
Halstenbek, den		
	Unterschrift Patient/in (Bei Minderiäh	rigen Unterschrift des Erziehungsberechtigten)