



## Patientenbogen

Liebe Patientin, lieber Patient,  
Sie können uns die Arbeit ein wenig erleichtern,  
indem Sie uns vorab folgende Informationen geben:

---

Name Vorname Geb. am:

---

Straße PLZ - Wohnort

---

Krankenkasse Versichertennummer

---

Email: Telefonnummer

---

Wie sind Sie auf die Praxis aufmerksam geworden?

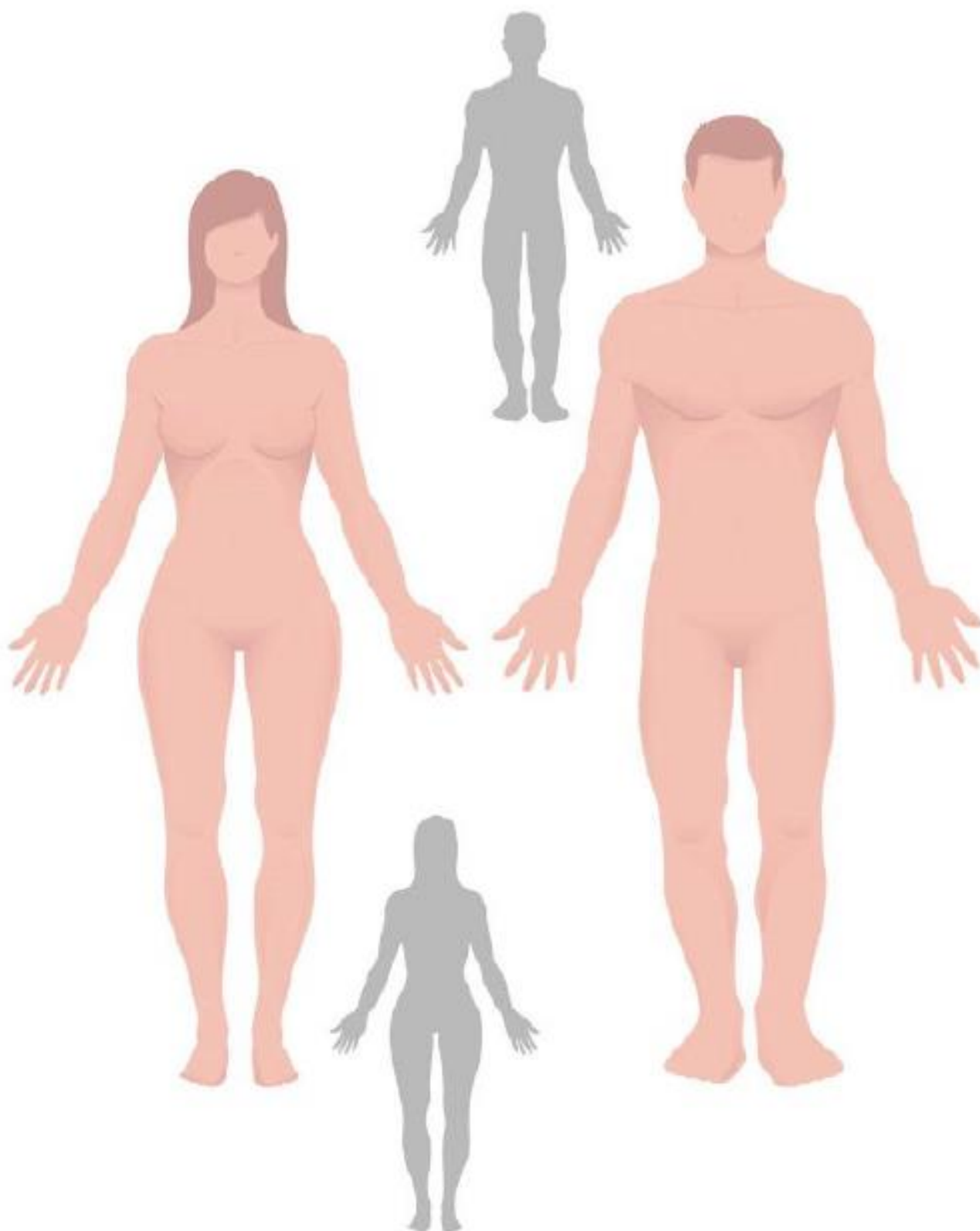
Hinweis: Mit Ihrer Unterschrift nehmen Sie zur Kenntnis, dass es sich bei den erbrachten heilpraktischen Leistungen dieser Praxis um keine Pflichtleistungen, weder der gesetzlichen noch der privaten Krankenkasse handelt.

Sie erklären sich damit einverstanden, die Behandlungskosten (*u.a. Erstgespräch exkl. Therapie mind. 75 Min ab EUR 90,-; Therapieaufwand nach Erstgespräch oder als Folgebehandlung nach Aufwand und Notwendigkeit*) unabhängig von einer etwaigen Erstattung durch Ihre Krankenkasse, in voller Höhe zu entrichten, zumal die in Rechnung gestellten Beträge z.T. in ihrer Höhe über den Sätzen der GebühH liegen.

Des Weiteren klären wir Sie hiermit darüber auf, dass eine heilpraktische Behandlung keine schulmedizinische Untersuchung bzw. Behandlung ersetzen kann.

Letztendlich erklären Sie sich damit einverstanden, dass Termine, welche nicht mindestens 24 Stunden vorher an einem Werktag abgesagt wurden mit € 40,- in Rechnung gestellt werden.

An welchen Körperstellen haben Sie akute Beschwerden?  
(Einfach intuitiv markieren)



## Akute Beschwerden

(Unter welchen akuten Beschwerden leiden Sie, und seit wann?)

Bitte ordnen Sie die Beschwerden nach ihrer Wichtigkeit.



Beschwerden	Seit wann
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
7.	
8.	

Was war unmittelbar vor dem ersten Auftreten Ihrer jetzigen Beschwerden?	Welche Behandlungen haben Sie gegen die Beschwerden bereits bekommen?	Welche Medikamente bzw. Nahrungsergänzungsmittel nehmen Sie zur Zeit ein?
--	---	---

Welche Ärzte, Kliniken, Heilpraktiker haben Sie bislang aufgesucht und wie war der Erfolg?

Was erwarten Sie von meiner Behandlung?

## Allgemeine Symptome

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Mangelnde Konzentration                     | <input type="checkbox"/> Ich schwitze sehr schnell | <input type="checkbox"/> Ich friere sehr schnell                         |
| <input type="checkbox"/> Ich bin müde und erschöpft                  | <input type="checkbox"/> Ich schwitze in der Nacht | <input type="checkbox"/> Kalte Hände <input type="checkbox"/> Kalte Füße |
| <input type="checkbox"/> Ich bin verstärkt reizbar                   | <input type="checkbox"/> An welchen Körperteilen?  |  |
| <input type="checkbox"/> Ich habe Ängste - Schuldgefühle – Konflikte | .....  |  |
|  | .....  |  |

Wie belastbar und leistungsfähig sind Sie?

- Sehr belastbar?  
 Mäßig belastbar?  
 Gar nicht belastbar?

## Kopf

Leiden sie unter Kopfschmerzen?

- Häufig  Selten  Nie  
 Stirn – Augen Schläfenregion  
 Hinterhauptregion  
 Morgens  Abends  
 Halbseitig  Doppelseitig  
 Links  Rechts  
 Wandernd (von Links nach Rechts)  
 Wandernd (von Rechts nach Links)

Auslöser der Kopfschmerzen?

Leiden sie unter Haarausfall?

- JA, Seit .....
- Kreisrunder Haarausfall  
 Vereinzelter Haarausfall

### Augen

- Bindehautentzündung  
 kurzsichtig weitsichtig  
 Sonstige Beschwerden

- Brille – seit .....

Nase

- Operationen Heuschnupfen  
 Nasennebenhöhlenentzündung  
 behinderte Nasenatmung  
 Nase verstopft  
 Absonderungen  
 wässrig schleimig  
 eitrig grünlich  
 Allergien auf:

Was verbessert den Schmerz?

### Ohren

- Schmerzen links  
 Schmerzen rechts  
 beidseitig  
 Mittelohrentzündung  
 Schwerhörig  
 Ohrengeräusch  
 Ohrendruck

Was verschlechtert den Schmerz?

## Zähne / Kiefer

Zahnerkrankungen und Zahnwerkstoffe können sich auf die Gesundheit des gesamten Körpers aufwirken

- Erschwerter Durchbruch der Weisheitszähne  
 Wurzelbehandelte Zähne  
 Tote Zähne

Empfindliche Zähne auf:

- HEISS  KALT  
 Parodontose / Parodontitis

Wurden bei Ihnen Amalgamfüllungen entfernt?

- Ja  Nein

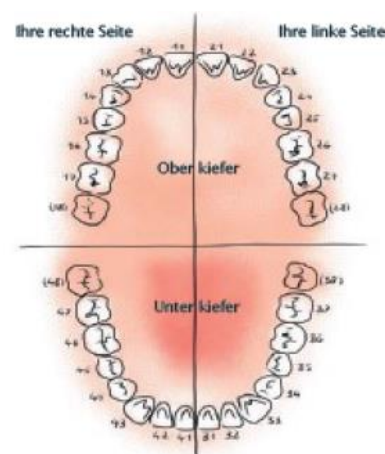
### Zahnfüllmaterialien

- Amalgam  Gold  
 Titan  Kunststoff  
 Keramik  Palladium  
 Implantate

### Kiefergelenke

- Schmerzen  
 Geräusche beim Kauen  
 Blockade  
 Zähneknirschen

Bitte markieren Sie behandelte oder erkrankte Zähne oder Zahnfleisch



## Körper und Organfunktion

**Brustdrüse**

- Beschwerden
- Operationen

**Herz**

- Beschwerden
- Stechen
- Druckgefühl
- Infarkt
- Beklemmung
- Rhythmusstörung

**Lunge**

- Bronchitis
- häufig Husten
- Atemnot

**Leber**

- Entzündungen
- Hepatitis

**Galle**

- Steine
- Koliken
- Operation
- Druck im Oberbauch
- Fettunverträglichkeit

**Magen**

- Völlegefühl
- Gastritis
- Appetitlosigkeit
- Sodbrennen

**Rücken**

- Schmerzen
- Hexenschuss
- Ischias
- Skoliose
- Verspannungen
- Myokylosen

**Niere / Blase**

- Nierensteine
- Entzündungen
- häufig, .....

**Harn**

- Viel
- Wenig
- Häufig
- Kann nicht halten
- Geruch nach: .....

**Darm:**

- Infektionen
- Hämorrhoiden
- Blinddarmoperation
- Blähungen
- Reizdarm
- Chr. Darmerkrankungen
- Polypen
- Divertikel
- Verwachsungen

**Stuhlgang**

- täglich
- jeden 2. Tag
- unregelmäßig

riecht nach: .....

- Neigung zur Verstopfung
- Neigung zu Durchfall

**Konsistenz des Stuhls:**

- hell
- dunkel
- übelriechend
- hart
- knollig
- weich
- schmierig
- pastenartig
- kann Stuhl nicht halten
- Gefühl nicht fertig zu werden.

**Arme**

- Verletzungen
- Schmerzen
- Tennisellbogen
- Kribbeln
- kalte Hände

**Beine**

- Schmerzen
- Krampfadem
- Operationen
- Verletzungen
- kalte Füße
- Kribbeln
- Taubheitsgefühl

**Rücken**

- Beweglichkeit
- Verspannungen
- Belastungen
- Rheuma

**Haut/Nägel**

- Verbrennungen
- Narben
- Geschwüre
- Hautjucken
- Warzen
- Pilze
- eingewachsene Nägel
- Nagelbettentzündungen
- Allergien auf:

.....  
 .....  
 .....  
 .....

**Gynäkologischer / Urologischer Bereich****Sexualität**

- vermindert
- verstärkt
- unbefriedigt
- Beschwerden beim Geschlechtsverkehr

**Frau****Ausfluss:**

- Keinen  stark
- weiß  gelb
- wundmachend
- färbt die Wäsche

**Schmerzen**

- Eierstockentzündungen
- Ausschabungen
- Fehlgeburten
- Geburten / wieviele: .....
- Abtreibungen
- Tumore
- Zysten
- Myome
- Geschlechtskrankheiten
- Sterilisation

**Verhütungsmaßnahmen:**

- Antibabypille
- Spirale
- Hormonspritze

Wann war die erste Menses?

.....

Wann die letzte?

.....

Blutungen sind:

- hell
- dunkel
- klumpig
- braun
- regelmäßig
- unregelmäßig

**Mann****Prostata**

- vergrößert
- Entzündungen
- Beschwerden beim Wasserlassen
- Geschlechtskrankheit.

**Urologisch**

- Sterilisation
- Erektionsprobleme

## Lebensweise

### Treiben Sie regelmäßig Sport?

ja  nein

### Ist ihr Schlaf und ihr Arbeitsplatz baubiologisch untersucht worden?

(Elektrosmog, Geopathie, Umwelttoxine)

ja  nein

### Wie ist ihre Wohnung beschaffen?

- Funkmasten in der Nähe
- Überlandleitung/Bahnstrom in der Nähe
- Bäche, Flüsse in der Nähe
- Schimmelpilz-Belastung
- Antiquitäten / Holzschutzmittel
- Teppichböden
- Mikrowelle
- Ledermöbel

### Wie ist ihr Schlafplatz eingerichtet?

- schnurlose Telefone/Internet
- elektrische Geräte standby
- Wasserbett
- eingebauter elektrischer Motor

### Wie ist ihr Schlaf?

- Schlaflosigkeit
- häufiges Erwachen, um wieviel Uhr: .....
- nächtliches Wasserlassen. Wie oft: .....
- Schwierigkeiten beim Einschlafen
- Unruhe in den Beinen
- Sprechen im Schlaf
- Nachtschweiß
- heiße Füße
- Zähneknirschen
- Lebhaftige Träume

### Wieviel Liter trinken Sie täglich?

- unter 500ml  unter 1 Liter
- ca. 1-2 Liter  über 2 Liter

### Was trinken Sie?

- Wasser ohne Kohlensäure
- Wasser mit Kohlensäure
- Fruchtsäfte
- Softdrinks
- Kaffee  Tee  Milch
- Bier  Wein

### Konsumieren sie Drogen?

Welche?

Wie regelmäßig?

### Welche Nahrungsmittel essen Sie häufig?

	Nie	Selten	1x / Tag	Mehrmals / Tag
Milchprodukte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Süßigkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weißmehlprodukte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kuchen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zucker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fleisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gemüse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Obst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nüsse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Auf welche Lebensmittel können Sie nur schwer verzichten?

.....  
 .....

### Nahrungsmittel-Allergien auf:

.....  
 .....

### Leben Sie nach bestimmten Ernährungsrichtlinien?

Ja  Nein

Wenn JA, welche:

.....  
 .....

### Wurden Sie gestillt?

Ja  Nein

### War Ihre Geburt eine Natürliche?

Ja  Nein

# Krankheitsgeschichte

## Chronologische Krankengeschichte:

Bitte erfassen Sie alle bisherigen Erkrankungen und Operationen, die Sie durchgemacht haben - möglichst von Kindheit an:

Welche Infektionskrankheiten haben Sie durchgemacht?

- Masern
- Mumps
- Röteln
- Keuchhusten
- Windpocken
- Scharlach
- Tetanus
- Kinderlähmung
- Malaria
- Salmonellose
- Ruhr
- Syphilis
- Pfeiffersches Drüsenfieber
- Gonorrhoe (Tripper)
- Tropenkrankheiten
- Tuberkulose

Wurden diese Erkrankungen oder andere schon einmal mit Antibiotika behandelt?

- Ja  Nein

Falls ja, welche wurden eingesetzt?.....

Haben Sie Narben von Operationen?

- Ja  Nein

Leiden Sie oft unter Erkältungskrankheiten?

Welche Krankheiten sind in Ihrer Familie bekannt?

- Krebs
- Tuberkulose
- Geisteskrankheiten
- Geschlechtskrankheiten
- Epilepsie
- Herzkrankheiten
- Gefäßerkrankungen
- Schlaganfall
- Asthma
- Zuckerkrankheit
- Rheumatismus
- Steinkrankheiten
- Multiple Sklerose
- Gicht
- Allergien
- Schuppenflechte
- Neurodermitis
- andere:

Welche Impfungen haben Sie bekommen?

- Tuberkulose (BCG)
- Röteln
- Polio (Kinderlähmung)
- Cholera
- Diphtherie
- Gelbfieber
- Tetanus
- Hepatitis
- HIB
- Pocken
- Keuchhusten
- Grippe
- Masern
- Mumps
- andere:

Gab es Reaktionen auf Impfungen?

- Fieber
- Krämpfe
- Unruhe
- Schlaflosigkeit
- Verhaltensveränderungen



**Patienteninformation zur Abrechnung/Datenschutz.  
Einwilligungserklärung zur Abtretung und Weitergabe von Patientendaten. Entbindung der ärztlichen  
Schweigepflicht.**

Ich erkläre mich ausdrücklich damit einverstanden, dass mein Behandler/ärztlicher Vertragspartner, also der Inhaber der ärztlichen Honorarforderung, diese Forderung an die **ZAB Abrechnungsgesellschaft mbH, Byk-Gulden-Straße 59, 4-6, 78467 Konstanz** abtritt und diese damit Forderungsinhaber wird. Ich bin einverstanden, dass die ZAB die Rechnung mir gegenüber geltend macht, einzieht und gegebenenfalls sogar gerichtlich geltend macht. Bei einem Streit über die Berechtigung der Forderung kann mein Arzt/Behandler als Zeuge angehört werden.

Ich bin zum Zwecke der Abrechnung und Geltendmachung mit der Weitergabe der erforderlichen Informationen und Daten, aller notwendigen Unterlagen, insbesondere Namen, Anschrift, Geburtsdatum, sämtlicher Daten aus der Patientendokumentation, der Art der erbrachten Leistung, Kostenträger, Leistungsziffern und -faktoren, Laborrechnungen, bildgebenden Dokumentationen, Formulare etc. ausdrücklich einverstanden. Ich erkläre zudem mein Einverständnis, dass die ZAB bei Auskunfteien Informationen zur Prüfung meiner Bonität einholen kann.

Im Rahmen der Refinanzierung der ZAB erfolgt die Weiterabtretung der Forderung von der ZAB an die Deutsche Apotheker und Ärztebank e.G., Düsseldorf. Diese Abtretung zur Refinanzierung erfolgt mit der Maßgabe, dass gesetzlich geschützte Patientendaten, also personenbezogene Behandlungs- und Beratungsdaten nicht an die Bank weitergegeben werden. Zu dieser Refinanzierungsabtretung erkläre ich ebenfalls mein Einverständnis.

Ich entbinde noch obiger Maßgabe hiermit den Behandler/ärztlichen Vertragspartner von der ärztlichen Schweigepflicht.

Diese Erklärung bildet die Rechtsgrundlage gemäß Art.9 Abs.2 lit. a) der DS-GVO, gilt auch für zukünftige Behandlungen und kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden. Diese Einwilligung gilt zudem als Information gemäß Art. 14 DS-GVO. Datenschutzbeauftragte der ZAB sind Frau Marina Bergmann und Frau Irina Januschowitz. Weitere Informationen und Kontaktdaten zum Datenschutz finden Sie unter [www.zab-abrechnung.de/datenschutz](http://www.zab-abrechnung.de/datenschutz).

---

Ort/ Datum

---

Unterschrift des Patienten oder  
gesetzlichen Vertreters

Gesetzlicher Vertreter (Name, Anschrift und Beziehung zum Patienten)

---

---

---

---