

Naturheilpraxis Hans Rainer Schmidt
Heilpraktiker

eMail : Heilpraxis-Schmidt-Rostock- @ t-online.de
Tel. 0381 / 76961 77
Fax. 0381 / 76961 94
www.naturheilpraxis-schmidt.de



Sehr geehrte/r Frau/Herr

Sie haben sich bei uns erstmalig zur Beratung und Behandlung angemeldet;
vielen Dank für Ihr Vertrauen.

Der folgende Anamnese-Bogen hilft uns einen Überblick über Ihre Krankheitsvorgeschichte
zu erlangen.

Bringen Sie bitte (soweit vorhanden) Ihre derzeitigen Behandlungsunterlagen, die für die Diagnose und
Beratung wichtig sein können, wie zum Beispiel:
medikamentöse Einstellung, Allergie-, Zahnstoffpässe, Röntgenbilder usw. mit.

Die Behandlung beim Heilpraktiker ist eine Privatleistung. Sondertermine am Wochenende und an
Feiertagen werden mit 15 % Aufschlag berechnet.

Bei Spezialbehandlungen und sonstigen anfallenden Kosten (wie z.B. Laboruntersuchungen) informieren
Sie sich bitte vorher an der Rezeption

Die Kosten werden von privaten Krankenkassen sowie den Beihilfestellen nur teilweise oder gar nicht
erstattet. Informieren Sie sich bei Ihrer privaten Krankenkasse oder Beihilfestellen.

Da für den Erstuntersuchungstermin ca 1 1/2 Stunden für Sie freigehalten werden, **bitten wir Sie, uns
rechtzeitig zu informieren**, falls Sie den Termin nicht einhalten können, ansonsten sehen wir uns
gezwungen, Ihnen unseren Zeitaufwand in Rechnung zu stellen.

Sprechzeiten: Montag bis Donnerstag von 9.00 Uhr bis 19.00 Uhr
und nach Vereinbarung

Ihr Erstuntersuchungstermin ist am um Uhr

Mit freundlichen Grüßen
Ihr Team der Naturheilpraxis



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
wir begrüßen Sie herzlich in unsere Naturheilpraxis und möchten Sie bitten, die nachfolgende Fragen zu beantworten. Ihre Antworten unterliegen selbstverständlich den Bestimmungen des Datenschutzes!

Name: _____	Vorname: _____
Geburtsdatum: _____	Familienstand: _____
Anschrift: _____	Anzahl der Kinder: _____
PLZ/ Ort: _____	Tätigkeit: _____
@mail Adresse: _____	Krankenkasse: _____
Telefonnr.: _____	Zusatzversicherung: _____

Beihilfe:	Ja Nein
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Jetzige Beschwerden und Gesundheitsstörungen: _____

Hatten Sie schon eine der folgenden Krankheiten?

	Ja	Nein	Weiß nicht		Ja	Nein	Weiß nicht
1. Typhus/Paratyphus/Ruhr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20. Krankheiten der Vorsteherdrüse (Prostata)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Tuberkulose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	21. Schwierigkeiten beim Wasserlassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Grüner Star, Glaukom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	22. Nächtliches Wasserlassen, wenn ja, wie oft? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Nasennebenhöhlenentzündungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	23. Krankheiten der weiblichen Unterleibsorgane oder der Brüste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Schilddrüsenkrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	24. Unregelmäßige Periode Letzte Periode am _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Lungen-, Rippenfellentzündung oder länger dauernde Bronchitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	25. Hautkrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Asthma, Heuschnupfen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	26. Syphilis, Tripper	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Allergische Reaktionen, wie Unverträglichkeit von Medikamenten (z.B. Penicillin oder Röntgen-Kontrastmittel)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	27. Nervöse Beschwerden Nervenzusammenbruch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	28. Wiederholter Hexenschuß oder Ischiasbeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Schlaganfall, Lähmungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	29. Epilepsie (Krampfanfälle)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	30. Zuckerkrankheit (Diabetes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Andere Herzkrankheiten oder Gefäßleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31. Gicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Krampfadern, Hämorrhoiden, Thrombose, offene Beine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	32. Gelenkrheumatismus mit Fieber	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Magen- oder Zwölffingerdarmgeschwür	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	33. Andere Krankheiten der Gelenke oder der Wirbelsäule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Verstopfung, Durchfall, Blutbeilagerungen z. Stuhl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	34. Knochenbrüche, Unfälle, Kriegsverletzungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Gelbsucht, Leberkrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	35. Blutarmut, Blutkrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Gallensteine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	36. Krebs (einschl. Blutkrebs)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Nieren-, Nierenbecken- oder Blasenentzündung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	37. Andere Krankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Nieren-, Harnleiter- oder Blasensteine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn ja, welche? _____			

b.w.

