

WILLKOMMEN IN DER NATURHEILPRAXIS UTE TILLMANNS

BITTE FÜLLEN SIE DIESEN FRAGEBOGEN VOR DER ERSTEN BEHANDLUNG AUS. DIE ANGABEN DIENEN EINER OPTIMALEN BEHANDLUNG UND WERDEN SELBSTVERSTÄNDLICH VERTRAULICH BEHANDELT. VIELEN DANK .

| | | |
|--|---------------------------------|---------------|
| Name: | | Datum: |
| Straße u. Wohnort: | | |
| Telefon Privat: | Telefon Geschäft: | |
| Telefon Mobil: | E – Mail: | |
| Geb. Datum: | Alter: | |
| Soziales Umfeld: <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> mit Haustier/en Familienstand: <input type="checkbox"/> Minderj. <input type="checkbox"/> Single <input type="checkbox"/> Verheiratet <input type="checkbox"/> Geschieden <input type="checkbox"/> Verwitwet | | |
| Name d. Ehepartners: | Name u. Alter d. Kinder: | |

| | |
|---|---|
| Beruf: | <input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Ruhestand <input type="checkbox"/> Arbeitslos |
| Arbeitgeber: | |
| Private Krankenvollversicherung: <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja : Name: | |
| Private Zusatzversicherung: <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja : Name: | |

| | |
|--|--|
| Wie sind Sie auf meine Naturheilpraxis aufmerksam geworden: | |
| <input type="checkbox"/> Empfehlung <input type="checkbox"/> Telefonbuch <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Anderes: | |
| Was ist Ihr Wunsch an mich, Ihr Ziel? | |

| | | |
|---|------------------------|----------------------------|
| Hausarzt: | letzter Besuch: | Letzte Blutabnahme: |
| Andere behandelnde Ärzte oder Therapeuten: | | |
| Bei mir wurden ärztlicherseits folgende mir bekanntgegebene Diagnosen/Erkrankungen festgestellt: | | |

Welche Infektionskrankheiten haben Sie durchgemacht?

Masern, Mumps, Röteln, Keuchhusten, Diphtherie, Tetanus, Windpocken, Scharlach, Kinderlähmung, Malaria, Salmonellose, Ruhr, Pfeiffersches Drüsenfieber, Gonorrhoe, Syphilis, Tropenkrankheiten, Tuberkulose, _____

Welche Krankheiten sind Ihnen in Ihrer Familie bekannt? Eltern, Großeltern, Geschwister.

z.B. Krebs, Tuberkulose, Geisteskrankheiten, Geschlechtskrankheiten, Selbstmord, Herzkrankheiten, Gefäßkrankheiten, Schlaganfall, Asthma, Zuckerkrankheit, Rheuma, Nierensteine, Gallensteine, Multiple Sklerose, Gicht, Allergien, Schuppenflechte, Neurodermitis, Migräne.

Anderes: _____

Evt. Voroperationen:

Waren sie schon einmal bewusstlos?

Welche Impfungen haben Sie bekommen? (Bitte unterstreichen)

z.B. Diphtherie, Keuchhusten, Tetanus, Tuberkulose (BCG), Polio (Kinderlähmung), Hepatitis A, Hepatitis B, Mumps, Masern, Röteln, Cholera, Gelbfieber, Pocken, Grippe, Schweinegrippe, Zecken, Meningitis, Pneumokokken, HIB, Windpocken, Malaria, ...Andere: _____

Gab es Reaktionen auf Impfungen? Ja Nein

z.B. Fieber, Krämpfe, Unruhe, Schlaflosigkeit, Verhaltensveränderungen

Gesundheitliche Probleme: - Bitte nach Priorität ordnen -

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____

Haben Sie Fieber/erhöhte Temperatur: aktuell öfter (wann) _____, Höhe _____

Was war unmittelbar vor dem ersten Auftreten Ihrer jetzigen Beschwerden?

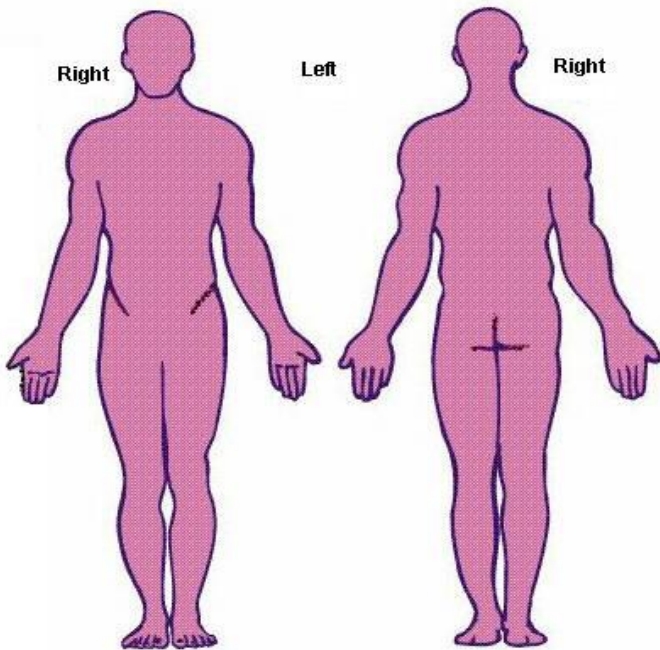
z.B. Erkrankung, Kummer, Trauer, Schock, Schreck, Operation, Hautausschläge, Medikamente

Was würden Sie gerne wieder machen (z.B. ein Hobby, Sport o.ä.), wenn es Ihnen besser geht?

Welche Art der Behandlung bevorzugen Sie?

- Ich möchte so schnell wie möglich meine Symptome lindern.
- Nach Linderung meiner Symptome möchte ich die Ursachen meiner Beschwerden behandeln (erweiterte Therapie)
- Ich möchte die bestmögliche Behandlung in der Naturheilpraxis Tillmanns erfahren, die über meine akuten Probleme hinausgeht (Gesundheit und Lebensführung verbessern, Wellness)

Schmerzbeschreibung : Bitte ausfüllen, wenn Sie w/ Schmerzen in meiner Praxis sind:



Symbol:

////////// stechend

XXXX brennend

OOOO Dornen + Nadeln +
OOOO Splitter

+++++ schmerzend

•••• Taubheit

▶▶▶ Ziehend

Umkreisen Sie Ihren augenblicklichen Schmerzlevel:

| | | | | | | | | | | |
|--------------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|--------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| Kein Schmerz | | Mild | | Moderat | | Stark | | Intensiv | | unerträglich |

Seit wann haben Sie die Schmerzen? _____

Gab es ein auslösendes Ereignis? _____

Wie oft haben Sie die Schmerzen? Immer, mehrmals am Tag, alle paar Tage, wöchentlich, seltener.

Welche Ereignisse verschlimmern? Körperliche Belastung, längeres Stehen, Sitzen, Gehen, Stress, Kälte, Wärme, Nahrungsmittel, Husten, Niesen, Tageszeit: _____ Wetterlage, Monatsblutung, sonstiges: _____

Welche Ereignisse verbessern? Ruhe, Schlaf, Bewegung, Kälte, Wärme, Sport, Schmerzmittel, Urlaub.

Andere Symptome zum Schmerz: Hautrötung, Blässe, Schwellung, Berührungsempfindlichkeit, Schweißbildung, Seh- oder Hörstörungen, Gangunsicherheit, Muskelschwäche, Müdigkeit, Schwindel, Bewegungseinschränkung. Sonstiges _____

Hatten Sie in den letzten 12 Monaten Röntgenbestrahlungen: Ja Nein

CT MRT An welchem Körperteil?

Größe: _____ Gewicht: _____

Hat sich Ihr Gewicht im letzten Jahr geändert? Ja Nein Wenn ja, wieviel?

Regelmäßige Medikamenteneinnahme und /oder Nahrungsergänzungsmittel: Ja Nein
Wenn ja, welche?

Bekannte Allergien/Unverträglichkeiten: _____ Allergiepass vorhanden? Ja Nein

Lebensmittel: _____

Pollen, Heuschnupfen: _____

Milben/Hausstaub: _____

Medikamente _____

Metalle (Nickel, Quecksilber ...) _____

Shampoo, Waschmittel, Kosmetika: _____

Bienen/Wespen/Haustiere _____

Anderes: _____

| Belastungen durch: | ++++ | +++ | ++ | 0 |
|---------------------|------|-----|----|---|
| Alkohol | | | | |
| Kaffee | | | | |
| Cola / Diätgetränke | | | | |
| Lärmbelästigungen | | | | |
| Rauchen | | | | |
| Drogen | | | | |
| Beruf / Viel Stress | | | | |
| Familiärer Stress | | | | |
| Elektrosmog | | | | |

| | | | | |
|---------------------|-----|-------|--------|--------|
| Schlaf /h | > 8 | 7 - 8 | 5 - 6 | < 5 |
| Wasser/l | > 3 | 2 - 3 | 1 - 2 | < 1 |
| Mahlzeit | 5 + | 3 - 4 | 2 - 3 | 1 - 2 |
| Geschmacksrichtung: | Süß | Sauer | Scharf | salzig |
| Sport / Wo. | > 5 | 3 - 4 | 1 - 2 | 0 |
| Sportarten: | | | | |

Schlafprobleme:

Akut – chronisch – Einschlafprobleme – Durchschlafprobleme – geistige Unruhe – Ängste – Nachtschweiß – Seelenschmerz – Medikamente – träume viel - körperliche Unruhe, welche? _____

Bei Babys/Kindern: Weinen/Schreien – aufschrecken – morgens nicht schnell wach - Zähneknirschen

Befindlichkeits-Störungen:

schnell blaue Flecken, Muskelschwäche, Entzündungen, unruhige Beine, schlechte Wundheilung, Taubheitsgefühle, Knochenbrüche, Zuckungen, Neigung zu Sehnscheidenentzündungen, Schwellungen, Gelenksdeformationen, anderes: _____ -

Babys/Kinder: Wachstumsschmerzen, Bauchweh unspezifisch, Wutausbrüche/Zorn,

Krankheiten / Zustände körperlicher - geistiger - seelischer Art: Neigen Sie zu ... oder leiden / litten Sie an:

Stimmungsschwankungen, Schreckhaftigkeit, Depression, Manische Depression, Angst-Störung, Phobie, Suizidversuche, Konzentrationsstörungen, Seelischer Kummer, Vergesslichkeit, Anorexie, Wetterfühligkeit, MS, Bulimie, Melancholisch, ich bin Introvertiert, Müdigkeit, CFS, Parkinson, starke Emotionen/Gefühle, Nervosität, Launisch, Alzheimer, ADS / ADHS, Burnout, anderes: _____

Wann war Ihr letzter Zahnarztbesuch?

Wurden bei Ihnen Amalgamfüllungen entfernt? Ja Nein

Wurde eine Amalgamausleitung durchgeführt? Ja Nein

Zahnfüllmaterialien: Amalgam Kunststoff Gold Keramik

Kronen: Wo: _____ Inlays: Wo: _____

fehlende Zähne: Welche: _____

Parodontose Kariesanfälligkeit wurzelbehandelte Zähne Zahnkorrektur

Leiden Sie unter Kopfschmerzen?

häufig, selten, Stirn-Augen-Schläfen-Hinterhauptregion, morgens, abends, halbseitig, links, rechts, doppelseitig, Migräne

Augen:

Bindehautentzündung, kurzsichtig, weitsichtig, grauer Star, Makuladegeneration, Augenschmerzen, verminderte Sehkraft, grüner Star, Juckreiz in den Augen, ich sehe schwarze Punkte, Nachtblindheit, Flimmern vor d. Augen, Laserkorrektur Narben

Ohren:

Tinnitus rechts/links seit _____ mit Rauschen /mit Pfeifen , Schwerhörigkeit seit _____
Ohrenschmerzen, Ohrensausen, Andere _____

Nase:

Operationen, Nasennebenhöhlenentzündungen, behinderte Nasenatmung, Nase verstopft , oft Schnupfen,
chronischer Schnupfen, Niesanfälle, Verlust des Geruchssinnes, Disposition zu Nasenbluten

Mandeln/Hals/Mund:

Vermehrtes räuspern, Klos im Hals, Anfälligkeit für Halsschmerzen, Anfälligkeit für Heiserkeit,
Operation, häufig Mandelentzündungen als Kind/heute, trockener Mund, Mundgeruch, Neigung zu Aphten,
Herpes, Geschmacksverlust

Schilddrüse:

Überfunktion, Unterfunktion, Vergrößerung, Operation

Herz/Kreislauf:

Beschwerden, Stechen, Druckgefühl, Infarkt, Beklemmung, Rhythmusstörungen, Schmerzen in der Brust,
Herzrasen, Herzklopfen, Kreislaufprobleme, Bypass, Schrittmacher

Lunge:

Bronchitis, häufig Husten, Lungenentzündungen, chronische Erkältungen im Winter, Asthma, Anfälligkeit zur
Schleimbildung, Apnoe/Schlafapnoe

Leber:

Entzündung , Hepatitis A, Hepatitis B, Hepatitis C, gürtelförmige Schmerzen in den Rücken ziehend

Galle:

Steine, Koliken, Operationen, Druck im Oberbauch, Fettunverträglichkeit

Magen/Ernährung:

Völlegefühl, Gastritis, Appetitlosigkeit, Esslust ohne Hunger, Viel/wenig Durst, Nahrungsmittelallergien, Erbrechen,
Übelkeit, Schluckauf , Aufstoßen, Krämpfe/Koliken, Hernien

Darm:

Infektionen, Hämorrhoiden, Blinddarmoperationen, Würmer, 3-Monats Koliken , Blähungen-Geruch

Stuhlgang:

täglich, jeden 2.3.4. Tag, unregelmäßig, riecht nach: _____

Neigung zu Verstopfung, Neigung zum Durchfall, Stuhl hell, dunkel, übel riechend, hart, knollig, weich, schmierig, pastenartig, kann Stuhl nicht halten, Gefühl nicht fertig zu werden, Stuhlgang wechselhaft ..

Arme:

Verletzungen, Schmerzen, Tennisellenbogen, Kribbeln, kalte Hände ...

Beine:

Verletzungen, Schmerzen, Krampfadern, Operationen, Verletzungen, kalte Füße, Kribbeln, Taubheitsgefühl

Rücken:

Beweglichkeit eingeschränkt, Verspannungen, Osteoporose, Rheuma, Wirbelsäulenverkrümmung, „steif“,

Wirbelsäulenbeschwerden: Hals, Brust, unterer Rücken, Arthrose, Steißbein, OP's _____

Haut/Haare/Nägel:

Verbrennungen, Geschwüre, Hautjucken, Warzen, Dornwarzen, Pilze, eingewachsene Nägel, Neurodermitis,

Nagelbettentzündung, Schuppenflechte, Narben nach Jugendakne, sensible Haut mit Tendenz

zu allergischer Reaktion, trockene Haut, Sonnenallergie, fettige Haut, Akne, Rosacea, Haare: trocken – schuppig

– fettig – schuppig – plötzlicher Haarausfall

Narben:

Haben Sie durch Operationen oder Verletzungen Narben?

Ja – bitte unbedingt beim Besuch zeigen, auch kleine.

Nein

Gynäkologie:

Ausfluss, Eierstockentzündungen, Ausschabungen, Fehlgeburten, Tumore, Zysten, Myome, Polypen,

Geschlechtskrankheiten, Vaginalausfluss dauernd, Gebärmuttersenkung, Hitzewallungen,

Hormontherapie, Abtreibung, bisher unerfüllter Kinderwunsch, schwieriger Schwangerschaftsverlauf,

Kaiserschnitt, Probleme bei/nach der Geburt, Fehlgeburt, Schwangerschaftsabbruch

Menses:

Wann war die erste Menses: _____ wann die letzte _____

Beschwerden vor – nach –während der Regel - welche (Brustspannen, Schmerzen, Gereiztheit) _____

Dauer der Blutung in Tagen: _____ Blut dunkel/hell/enthält Blutklümpchen.

Klimakterische Beschwerden _____

Nehmen Sie Verhütungsmittel ? Welche? _____

Prostata:

vergrößert, Entzündungen gehabt/aktuell, Beschwerden beim Geschlechtsverkehr

Niere/Blase:

Nierensteine, Blasenentzündungen / chronisch – akut, Schmerzen beim Wasserlassen,

Harn:

viel, wenig, häufig, Harninkontinenz/ tagsüber, im Schlaf, bei Belastungen, _____ -

Geruch nach _____

Schlaf:

Schlaflosigkeit, häufiges Erwachen (Uhrzeit _____), Schwierigkeiten beim Einschlafen, Sprechen im Schlaf, Unruhe in den Beinen, Nachtschweiße, heiße Füße, Zähneknirschen.

Schlafzeit: übliches zu Bett gehen _____ übliches Aufstehen _____

Energie - Vitalität - Lebenslust – Lebensfreude:

fühle mich fit - bin aktiv am Tag - beim Aufstehen morgens müde - fühle mich müde - bin aktiv in der Nacht nach dem Essen müde - fühle mich erschöpft, ausgebrannt - freue mich an mir und meinem Leben

Bitte nur bei Kinderanamnese ausfüllen:

Entwicklung - Hat sich ihr Kind normal entwickelt? Ja Nein

Organdefekte: wo..wie..was? _____

Motorische Schwierigkeiten: Feinmotorische - Grobmotorische

Sprachstörungen – Stottern - Anderes

Wachstumsstörungen – Verhaltensauffälligkeiten - ADS/ADHS - Daumenlutschen

Wann konnte Ihr Kind krabbeln? _____ laufen? _____ Sprechen ? _____

Wann war Ihr Kind trocken? _____

Besonderheiten während der Schwangerschaft: _____

Alles andere, was Ihnen als Mutter oder Vater auffällt und für Sie wichtig ist ☺:

Schulische Themen:

- Konzentrationsstörungen Gedächtnisschwäche Vergesslichkeit Kopfschmerzen
- Prüfungs-Angst Mathematik Sprachen Grammatik Lesen motorische Störungen
- sprachliche Störungen Nervosität / Hyperaktivität mangelndes Selbstvertrauen
- Aggressives Verhalten vom Kind ausgehend Aggressives Verhalten von Mitschülern ausgehend
- Verhaltensauffälligkeiten Probleme mit Lehrer/In räumliche Orientierung Probleme m. Mitschülern
- Legasthenie Dyskalkulie Tagträumen Textverständnis zieht sich zurück (Schneckenhaus)
- ist ruhig/scheu traut sich nicht unkorrektes Verhalten von Lehrern Anderes _____

Es besteht eine Informationspflicht, wenn Sie eine dieser Infektions-Krankheiten bereits hatten

- Hepatitis Gonorrhoe HIV/AIDS Tuberkulose Keuchhusten Syphilis
- Malaria Pfeifferisches Drüsenfieber andere Infektionskrankheit: _____

Medizinische Informationen:

Auch wenn ernste Komplikationen sehr selten sind, bin ich rechtlich gehalten, Ihnen die seltenen Ausnahmefälle darzulegen.

So kann es bei Spritzenbehandlungen in den Weichteilen oder an den Nervenwurzeln zu Abzeßbildungen, Blutergüssen, allergischen Reaktionen bis zum allergischen Schock oder sekundärer Nervenschädigungen kommen. Bei der Infusionstherapie sind ebenfalls allergische Reaktionen mit Juckreiz und Hautausschlag möglich.

Bei der Verabreichung von homöopathischen Einzelmitteln in höheren Potenzen (höhere Verdünnungsstufen) kann es durchaus zu Erstreaktionen kommen. Hierbei handelt es sich um positive Reaktionen des Organismus auf die Verabreichung des Medikamentes. Sollten Sie irgendwelche Symptome bemerken, melden Sie sich bitte sofort. Nur der Fachmann und der Verordner des Mittels kann dann feststellen und entscheiden, ob es sich um eine derartige positive Erstreaktion handelt mit möglichen Hinweisen, weiteren Mittelgaben oder ob zufällig eine andere Symptomatik, die nichts mit der Behandlung zu tun hat, eingetreten ist.

Liebe(r) Patient(in), diese Anmerkungen sollen Sie nicht verunsichern. Wir werden in Ihrem und in unserem Interesse alles daran setzen, die Rahmenbedingungen so zu gestalten, dass die oben beschriebenen Risiken auf ein Minimum beschränkt sind.

Finanzielle Informationen:

Sie wissen, dass die Medizin nach ganzheitlichen Aspekten sehr zeitaufwendig ist.

Da Sie den Anspruch und auch das Recht auf ein hohes naturheilkundliches Niveau haben, möchte ich Sie aus gegebenem Anlass darauf hinweisen, dass Termine, die nicht mindestens 2 Arbeitstage vorher abgesagt werden, Ihnen in Rechnung gestellt werden müssen. Bitte haben Sie dafür Verständnis.

Aufgrund der rein naturheilkundlichen Diagnostik und Therapie können 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 die Erstattungspflicht zum Ausgleich der Honorarrechnung hat.

Die gesamten Kosten der naturheilkundlichen Behandlung werden von einer gesetzlichen Krankenkasse nicht übernommen und die Kosten von einer evtl. bestehenden privaten Krankenversicherung und/oder Beihilfestellen werden möglicherweise teilweise oder ganz nicht übernommen.

Unabhängig von geleisteten oder nicht geleisteten Erstattungen durch Beihilfestellen oder private Krankenversicherungen sind die Behandlungskosten an die Heilpraktikerin zu zahlen.

Ich habe die obigen Texte gelesen und verstanden:

Kerken, den _____

Unterschrift: _____

Heilpraktikerin Ute Tillmanns
Friedensstraße 22
47647 Kerken

Tel: 02833-573326
Fax: 02833-574667
www.naturheilpraxis-tillmanns.de

Konto Nr. 3106855012
BLZ: 320 613 84
Volksbank an der Niers eG