



**Erfassungsbogen zur energiemedinischen Diagnostik und Behandlung
einschließlich Akupunktur**

Name: _____ Akad. Titel: _____ GebDatum: _____

Vorname: _____ E-Mail: _____

Straße: _____ Tel.: _____

PLZ/Ort: _____ mobil: _____

Geschlecht: m / w Geburtsort: _____ Geburtsstunde: _____

bei Kindern: Erziehungsberechtigter zgl. Rechnungsempfänger: _____

Krankenkasse: () Privat () gesetzlich () Ausland Name der KrKasse: _____

() Rechtshänder

() Ich habe bereits Erfahrung mit Akupunktur

() Linkshänder

() Schwangerschaft: ____ Woche

() unerzogener Linkshänder

➤ Ich wünsche eine energiemedinische Behandlung für mich – für mein Kind – wegen:

➤ Ich habe den **Fragebogen zur Krankenvorgeschichte** nach besten Wissen ausgefüllt und habe hierzu keine – noch – Fragen.

➤ Die Beschwerden bestehen seit ca. _____

➤ Wegen der Beschwerden habe ich bereits nachstehende Fachärzte / Kliniken / Therapeuten konsultiert

_____ in _____ Jahr: _____

_____ in _____ Jahr: _____

_____ in _____ Jahr: _____

() Ich habe wegen der Beschwerden bereits Krankengymnastik bzw. manuelle oder osteopathische Therapie erhalten.

Die Kosten für die Behandlung werden auf der Grundlage der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) berechnet. Nach einer umfassenden Eingangsuntersuchung erhalte ich einen Kostenvoranschlag für die geplante Behandlung. Aufgrund der Vielzahl an Krankenkassen und deren individuellen Erstattungspraktiken muss selbst bei Privatkassen davon ausgegangen werden, dass energiemedinische Leistungen nicht erstattet werden.

() **Mir ist bekannt, dass ich für die Kosten selbst aufkommen muss und dass meine Krankenkasse die Kosten nicht bzw. nicht in vollem Umfang zurückerstattet.**

Datum: _____

Unterschrift: _____
(bei Minderjährigen: Erziehungsberechtigte/r)



Ärztliche Fragen zur Krankheitsvorgeschichte

Name: _____ Akad. Titel: _____ GebDatum: _____
 Vorname: _____ E-Mail: _____
 Straße: _____ Tel.: _____
 PLZ/Ort: _____ mobil: _____
 Geschlecht: m / w Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg
 Familienstand: () ledig () verheiratet () getrennt lebend
 () geschieden () verwitwet Staatsangehörigkeit: _____

Welchen Beruf haben Sie erlernt? _____

Welchen Beruf üben Sie derzeit aus? _____

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

die Angaben zu Ihrer Person und Krankenvorgeschichte auf diesem Fragebogen dienen der Klärung Ihres Krankheits- und Beschwerdebildes. Bitte beantworten Sie die Fragen vollständig. Die Antworten unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht

Jetzige Beschwerden, Gesundheitsstörungen:

Aktuelle Beschwerden:

	ja	nein	?
Haben Sie Fieber?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Leiden Sie an Kopfschmerzen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben Sie Augenschmerzen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben Sie Halsschmerzen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Hatten Sie schon einmal eine der folgenden Krankheiten?

Typhus / Paratyphus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tuberkulose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Grüner Star / Grauer Star	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nasennebenhöhlenentzündungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bronchitis, Lungenentzündung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schilddrüsenerkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Asthma, Heuschnupfen, Allergien	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
wenn ja, wogegen: _____			
Hoher Blutdruck, Herzinfarkt, Gefäßleiden Herzrhythmusstörungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Thrombosen, Krampfadern, Hämorrhoiden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein	?
Magen-Darm-Erkrankungen (Ulcus, Verstopfung, Durchfall, Blut im Stuhl)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gelbsucht, Leber- oder Gallenleiden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nieren- oder Blasenenerkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schwierigkeiten beim Wasserlassen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nächtliches Wasserlassen wenn ja, wie oft? _____ Mal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
* Männer:			
Krankheiten der Prostata	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Krankheiten des Hodens	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
* Frauen:			
Krankheiten der weiblichen Unterleibsorgane	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Erkrankungen der weiblichen Brüste	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Unregelmäßige Periode letzte Periode am _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Geschlechtskrankheiten (Syphilis, Tripper)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hautkrankheiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nervenkrankheiten (Anfälle, Depressionen)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Krankheiten der Wirbelsäule (Ischias, Bandscheibenvorfall, Hexenschuss, Knacken)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Knochenbrüche, Unfälle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

bitte wenden ->

	ja	nein	?
* Stoffwechselkrankheiten			
Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
hohes Cholesterin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
hohe Harnsäure, Gicht	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
* Tumore und Krankheiten des Blutes			
gutartige Tumore	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Krebs wenn ja, welcher? _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Blutarmut	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Blutungsneigung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Andere Krankheiten wenn ja, welche:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Sind Sie schwanger? ja nein ?
wenn ja, wieviele SSW _____ Woche

Wurden Sie schon einmal operiert?
wenn ja, woran? ja nein ?

Wurden Sie schon einmal mit radioaktiven Strahlen oder
Röntgenstrahlen behandelt? ja nein ?
wenn ja, warum und wo

Wann wurden Sie zuletzt geröntgt? _____

Waren Sie in den letzten 12 Monaten in Mittelmeerländern,
in Asien, in den Tropen? ja nein ?
wenn ja, wo?

Nehmen oder nahmen Sie
Hormonpräparate ein (z. B. Pille)? ja nein ?

Trinken Sie regelmäßig Alkohol? ja nein ?

Haben Sie geraucht? ja nein ?

Rauchen Sie?
wenn ja, wieviel? _____ ja nein ?

Nehmen oder nahmen Sie Drogen?
wenn ja, welche? ja nein ?

Datum: _____

	ja	nein	?
Treiben Sie regelmäßig Sport? wenn ja, wie oft pro Woche? _____ Mal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben Sie in den letzten 12 Monaten mehr als 5 kg zugenommen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben Sie in den letzten 12 Monaten mehr als 5 kg abgenommen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben Sie auffallend großen Durst?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schlafen Sie schlecht ein oder durch?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bedrückt Sie etwas Ernstliches (Partnerschaft, Beruf, privat)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Leiden Sie an nervösen Beschwerden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Sind in Ihrer Familie folgende Krankheiten vorgekommen?

	Eltern	Großeltern	Kinder
Hoher Blutdruck, Schlaganfall	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Herzinfarkt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Übergewicht	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gicht	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nerven-, Gemüts-, Geisteskrankheiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Epilepsie (Krampfanfälle)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tuberkulose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gallen-, Nieren-, Blasensteine	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Krebs (einschl. Brustkrebs)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Suchtkrankheiten (Alkohol, Drogen, Medikamente, Arbeit)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Andere Krankheiten wenn ja, welche?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Was Sie mir noch sagen möchten:

Aktuelle Medikamente: _____

Unterschrift: _____
(bei Kindern: Erziehungsberechtigte/r)

Herzlichen Dank für Ihr Mitwirken.