



Anamnese – Fragebogen

Termin am : _____

Name	_____	Vorname	_____
Geburtstag	_____	Beruf	_____
E-Mail	_____	Telefon mobil	_____
Straße	_____	Hausnummer	_____
PLZ	_____	Ort	_____

Name der Zusatzversicherung _____

Achtung: meine Leistungen können nur von einer Zusatzversicherung abgedeckt werden.
Ansonsten wird Ihnen eine Rechnung erstellt, die Sie selbst erbringen dürfen.

Familienstand	_____	Kinder	_____
Körpergröße	_____	Gewicht	_____
Blutgruppe (falls bekannt)	_____		

Anleitung

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen genau aus. Bei den Beispielen genügt es zu unterstreichen, sofern diese zutreffen, ansonsten mit eigenen Worten beantworten. Bitte nehmen Sie sich genug Zeit. Alle Daten werden vertraulich behandelt und unterliegen der Schweigepflicht.

Dieser umfangreiche Fragebogen erspart uns die Zeit vor Ort für die Befragung. So können wir schneller mit der Diagnostik und der manuellen Arbeit starten!



BESCHWERDEN

Welche Beschwerden oder Erkrankungen sind Anlass für Ihren Termin?

Ordnen Sie die Beschwerden nach ihrer Wichtigkeit.

1. _____ seit: _____

2. _____ seit: _____

3. _____ seit: _____

4. _____ seit: _____

Welche Behandlungen haben Sie gegen die Beschwerden bereits unternommen?

Wie viele Ärzte, Kliniken, Heilpraktiker haben Sie bisher aufgesucht?

Wie war der Erfolg? sehr gut gut mäßig schlecht sehr schlecht

Was war unmittelbar vor dem ersten Auftreten Ihrer jetzigen Beschwerden?

eine Erkrankung Kummer Trauer Schreck Operation
 Hautausschläge Medikamente andere: _____

Welche Medikamente / Nahrungsergänzungsmittel nehmen Sie zurzeit ein? Auch nicht verschreibungspflichtige. Bitte aufschreiben oder Beipackzettel/ Medikament mitbringen.

Haben Sie innerhalb der letzten 6 Monate mehr als 6 kg zu- oder abgenommen? ja nein

Schlafen Sie schlecht, leiden Sie unter Nachtschweiß? ja nein

Haben Sie leichte Temperaturerhöhung? ja nein

Waren Sie im letzten halben Jahr im Ausland?

nein ja wann? _____ wie lange? _____ wo? _____

Was ist Ihr Wunsch bzw. Erwartungen an mich, was ist Ihr Ziel?



KRANKHEITSGESCHICHTE

Chronologie der Krankengeschichte/Bitte erfassen Sie alle bisherigen Erkrankungen und Operationen, die Sie durchgemacht haben. Bringen Sie bitte Krankenberichte, Laborberichte usw. falls vorhanden mit.

1. _____ seit: _____

2. _____ seit: _____

3. _____ seit: _____

4. _____ seit: _____

Welche Infektionskrankheiten haben Sie durchgemacht?

- Masern Mumps Röteln Keuchhusten Windpocken
 Scharlach Tetanus Malaria Salmonellen Ruhr
 Tuberkulose Kinderlähmung (Polio) Pfeiffersches Drüsenfieber
 Gonorrhöe (Tripper) Syphilis Tropenkrankheiten
 Andere: _____

Wurden diese Erkrankungen oder andere schon einmal mit Antibiotika behandelt? ja nein
Haben Sie Narben von Operationen oder Verletzungen? ja – bitte beim Besuch zeigen nein

Leiden Sie oft an Erkältungskrankheiten? ja nein

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

- Krebs Gefäßkrankheiten Geisteskrankheiten Epilepsie Allergien
 Suizid Tuberkulose Asthma Zuckerkrankheit Depressionen
 Migräne Steinkrankheiten Gicht Rheumatismus Multiple Sklerose
 Schlaganfall Neurodermitis Herzkrankheiten Schuppenflechte
 Andere Krankheiten: _____

Welche Allergien liegen vor?

- Heuschnupfen Tierhaare Hausstaub Pollen Milben Metalle
 Penicillin Lidocain Procain Acetylsalicylsäure (z.B. Aspirin)
 Sonstige Allergien _____
 Nahrungsmittel _____

Trinken Sie Alkohol? nein ja selten regelmäßig häufig

Was trinken Sie? _____

Rauchen Sie? Was? _____ Wieviel: _____ Seit wann? _____

Mein beruflicher Stressfaktor ist niedrig mittel hoch

Mein privater Stressfaktor ist niedrig mittel hoch



EMOTIONALES

- Sind Sie glücklich? ja nein
Finden Sie, Sie sind ein Glückspilz? :) ja nein
- Haben Sie einen Partner bzw. eine Partnerin? ja nein
Wie ist Ihr Verhältnis zu Ihrem Partner bzw. Ihrer Partnerin? sehr gut gut mäßig schlecht
- Wie ist Ihr Verhältnis zu Ihren Eltern? sehr gut gut mäßig schlecht
Haben Sie Wut auf Ihre Eltern? ja nein
- Gibt es Menschen, denen sie nicht verzeihen können? ja nein
Haben Sie Ängste und Schuldgefühle? ja nein
Leiden Sie unter Konflikten? ja nein
- Meinen Sie, in Ihrem Leben zu wenig Erfolg gehabt zu haben? ja nein
Sind Sie mit Ihrer derzeitigen Arbeitstätigkeit zufrieden? ja nein
- Machen Sie sich Sorgen um Ihre Zukunft? ja nein
Haben Sie Sorgen oder Schwierigkeiten? ja nein
Fühlen Sie sich häufig einsam? ja nein
- Sind Sie berührungsempfindlich? ja nein
Halten Sie enge Räume aus (z.B. Fahrstühle)? ja nein
Leiden Sie unter mangelnder Konzentration? ja nein
Sind Sie müde und erschöpft? ja nein
Ist Ihre Reizbarkeit verstärkt? ja nein
- Treiben Sie regelmäßig Sport? ja nein
Wünschen Sie sich mehr Sport zu treiben? ja nein
Schwitzen Sie leicht? ja nein
Schwitzen Sie nachts? ja nein
Frieren Sie schnell? ja nein kalte Hände kalte Füße
Wie belastbar und leistungsfähig fühlen Sie sich? sehr belastbar mäßig belastbar gar nicht
Fühlen Sie sich in Ihrer Gesundheit beeinträchtigt? durch Lärm/Staub/Rauch/Abgase Schichtarbeit
 andere: _____

IMPFUNGEN

Welche (Auffrisch-) Impfungen haben Sie bekommen?

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

COVID-19 Wieviele COVID-19 Impfungen? _____

Gab es Reaktionen auf Impfungen?

- Fieber Krämpfe Unruhe Verhaltensveränderungen Schlaflosigkeit
 andere: _____



VIRALE INFEKTIONSKRANKHEITEN

Sind Sie HIV-Positiv?

ja nein

Haben Sie Hepatitis?

nein wenn ja, welche Art: _____

Diese Antworten sind für mich sehr wichtig, da ich viel mit Blut durch (Blut Schröpfen, Blutegel, Baundscheidtieren und Dunkelfelddiagnostik) in Verbindung komme.

ERNÄHRUNG

Wieviel Liter trinken Sie pro Tag? _____

Was trinken Sie? _____

Welche Nahrungsmittel essen Sie?

Milchprodukte Süßigkeiten Weißmehlprodukte Eier Zucker Fleisch Fisch

Auf welche Nahrungsmittel können Sie nur schwer verzichten?

Verlangen nach: süß sauer pikant bitter salzig scharf Fleisch Eier Obst Nikotin Alkohol

Abneigung gegen: süß sauer pikant bitter salzig scharf Fleisch Eier Fett Alkohol

Leben Sie nach bestimmten Ernährungsrichtlinien?

nein ja, welche:

Sind Sie bereit, Ihre Ernährungsgewohnheiten mit meiner Hilfe zu verbessern? ja nein

SCHLAFVERHALTEN

Wie ist Ihr Schlaf?

Schlaflosigkeit Sprechen im Schlaf

Zähneknirschen

Unruhe in den Beinen heiße Füße

Nachtschweiß Lebhaftige Träume

Schwierigkeiten beim Einschlafen Grübeln beim Einschlafen

häufiges Erwachen, um wieviel Uhr: _____

häufiges Wasserlassen, wie oft: _____

Schlaflage

Bauch Rücken links rechts sitzend kniend zusammengerollt

Schlafzeit Übliches Zubettgehen: _____

Übliches Aufstehen: _____

KOPF

Leiden Sie unter Kopfschmerzen?

häufig selten nie wenn ja, wo und wann:

Stirn-Augen-Schlafenregion Hinterhauptregion halbseitig links halbseitig rechts

doppelseitig wandernd von links nach rechts wandernd von rechts nach links morgens abends

Auslöser der Kopfschmerzen: _____

Was verbessert: _____

Was verschlechtert: _____



HAARE Haarausfall kreisrunder vereinzelter seit wann _____

AUGEN kurzsichtig weitsichtig Bindehautentzündung Grauer Star
 Macula-Degeneration Brille seit: _____
 sonstige Beschwerden: _____

OHREN
 Schmerzen links Schmerzen rechts beidseitig schwerhörig Ohrgeräusche/Tinnitus Ohrendruck
 Mittelohrentzündung sonstige Beschwerden: _____

ZÄHNE / KIEFER
 häufige Zahnarztbesuche Beschwerden an den Zähnen tote Zähne wurzelbehandelte Zähne
 erschwerter Durchbruch der Weisheitszähne Implantate, wenn ja, welche: _____

Empfindliche Zähne auf: heiß kalt

Haben Sie Amalgamfüllungen? ja nein

Wurde eine Amalgamausleitung durchgeführt? ja nein

Zahnfüllmaterialien: Amalgam Gold Titan Kunststoff Keramik Palladium

NASE
 Operationen Heuschnupfen Nase verstopft behinderte Nasenatmung häufige Nasennebenhöhlenentz.
 Allergien auf: _____

Absonderungen: wässrig schleimig eitrig grünlich Operation
 häufige Mandelentzündungen: als Kind heute

SCHILDDRÜSE Überfunktion Unterfunktion Vergrößerung Operation

BRUST/ BAUCH Beschwerden Operation Herz Beschwerden Stechen Druckgefühl Infarkt
 Beklemmung Rhythmusstörungen

LUNGE Bronchitis häufig Husten Atemnot Lungenentzündung Lungenemphysem

LEBER Entzündung Hepatitis Galle Steine Koliken Druck im Oberbauch
 Operation Fettunverträglichkeit

MAGEN Völlegefühl Gastritis Appetitlosigkeit Nahrungsmittelallergien

DARM Infektionen Hämorrhoiden Blinddarmoperationen Blähungen

STUHLGANG täglich jeden 2.3.4. Tag unregelmäßig häufig Verstopfung Neigung zum Durchfall
Konsistenz: schnittfest hell dunkel übel riechend hart knollig weich
 schmierig pastenartig kann Stuhl nicht halten Stuhlgang wechselhaft

NIEREN/ BLASE Nierensteine Entzündungen häufig Harn viel wenig

RÜCKEN

Verspannungen Rheuma Schmerzen Hexenschuss Ischias Skoliose
 Bandscheibenvorfall, wenn ja, welche Wirbel: _____

ARME

Verletzungen Schmerzen Tennisellenbogen Kribbeln kalte Hände
 Karpaltunnelsyndrom

BEINE

Verletzungen Schmerzen Krampfadern Besenreiser Operationen kalte Füße
 Kribbeln Taubheitsgefühl

HAUT/ NÄGEL

Verbrennungen Narben Geschwüre Hautjucken Warzen Pilze
 eingewachsene Nägel Nagelbettentzündungen starke Wölbung (Uhrglasnägel)
 rundliche Auftreibungen der Fingerendglieder (Trommelschlegelfinger)
 Weisse Punkte oder Striche auf den Nägeln

GYNÄKOLOGISCHER / UROLOGISCHER BEREICH

Ausfluss: keinen stark weiß gelb wundmachend Schmerzen Ausschabungen Eierstockentzündungen
 Tumore Zysten Myome Geschlechtskrankheiten Fehlgeburten Geburten/wie viele: _____

Menses/Periode:

Beschwerden: vor nach während der Regel welche: _____

Blutungen sind: hell dunkel klumpig braun regelmäßig unregelmäßig Klimatorische Beschwerden

Nehmen Sie Verhütungsmittel? ja welche: _____ nein, seit wann nicht mehr: _____

PROSTATA

vergrößert Entzündungen gehabt Entzündungen aktuell Beschwerden beim Wasserlassen
 Geschlechtskrankheiten

SEXUALITÄT

vermindert verstärkt unbefriedigt Beschwerden beim Geschlechtsverkehr

SCHMERZEN

Wo treten Schmerzen auf? (bitte ankreuzen)

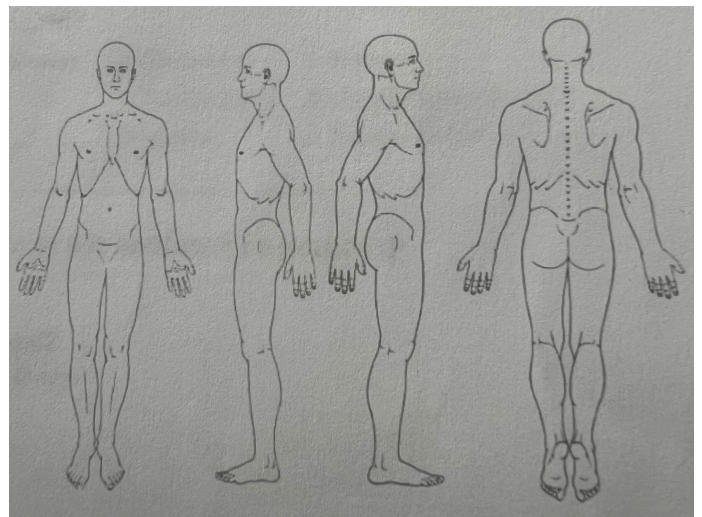
Schmerzskala für den Hauptschmerz
 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 schwach mittel sehr stark

Seit wann haben Sie Schmerzen?

Gab es ein auslösendes Ereignis?

Wie oft haben Sie Schmerzen?

immer mehrmals am Tag alle paar Tage wöchentlich seltener





Wie ist das Schmerzempfinden?

ziehend brennend stechend klopfend drückend krabbelnd reißend kolikartig krampfend dumpf
 beengend bohrend

Welche Ereignisse verschlimmern?

körperliche Belastung Gehen Sitzen längeres Stehen Stress Kälte Wärme Nahrungsmittel Husten
 Niesen Wetterlage Monatsblutung Tageszeit _____ Sonstiges: _____

Welche Ereignisse verbessern?

Ruhe Schlaf Bewegung Kälte Wärme Sport Schmerzmittel

Andere Symptome zum Schmerz:

Hautrötung Blässe Schwellung Berührungsempfindlichkeit
 Schweißbildung Müdigkeit Schwindel Muskelschwäche
 Gangunsicherheit Seh- oder Hörstörungen
 Bewegungseinschränkung Sonstiges: _____

Schmerzbehandlung bisher, wie?

Ich danke Ihnen für Ihre ausführliche Bearbeitung des Formulars. Bis zu unserem Treffen werde ich Ihre Antworten genau durchgehen. Somit sparen wir uns bereits sehr viel Zeit bei der Erstkonsultation.

Ich wünsche Ihnen einen tollen Tag!

**Heute ist ein guter Tag um einen guten Tag zu haben!
Machen Sie was draus! :)**



Allgemeine Geschäftsbedingungen (AGB) von Die Heilpraktikerin Regina Flieder

Anerkennung der Krankenkassen:

Die von mir erbrachten Leistungen/ Methoden sind weitgehend von der EMR und der ASCA anerkannt. Ich bitte Sie jedoch VORAB sich bei Ihrer Krankenkasse genauestens zu informieren, welche Methoden von Ihrer Krankenkasse übernommen werden.

Wenn die Rechnung ausgestellt ist, ist diese nicht mehr rückwirkend und nicht mehr zu ändern. Das heisst, dass diese Leistung/ Rechnung von Ihnen erbracht werden muss.

Folgende Methoden biete ich an, diese sind von der EMR anerkannt (bitte immer individuell bei Ihrer Krankenkasse abklären):

- 1200 Anamnese / Untersuchung / Diagnostik / Befunderhebung, pro Stunde 132.00 CHF
- 1205 Ausleitende Verfahren, pro Stunde 132.00 CHF
- 1052 Fussreflexzonen-Therapie pro Stunde 132.00 CHF
- 1062 Klassische Massage, pro Stunde 132.00 CHF
- 1082 Orthomolekulare Therapie, pro Stunde 132.00 CHF
- 1022 Bachblüten-Therapie, pro Stunde 132.00 CHF
- 1030 Blutegel-Therapie, pro Stunde 132.00 CHF
- 1206 Ernährungstherapie, pro Stunde 132.00 CHF
- 1085 Phytotherapie, pro Stunde 132.00 CHF
- 1252 Zuschlag ausserordentliche Konsultation in Akutsituationen, pro Stunde 132.00 CHF

Leistungen, die nicht übernommen werden:

Folgende Leistungen biete ich an, die NICHT von der Krankenkasse übernommen werden, können jedoch mit dem Rückforderungsbeleg mitgeschickt werden (je nach Fall werden Ausnahmen von den Krankenkassen gemacht).

OLIGOSCAN: kostet 130 CHF und muss von dem Patienten selbst bezahlt werden. Die Konsultationsstunde von 132CHF wird ebenfalls berechnet, wird jedoch von der Zusatzversicherung übernommen.

NAHRUNGSERGÄNZUNGSMITTEL: die Kosten sind unterschiedlich und müssen vom Patienten getragen werden



Termine:

Termine können online, telefonisch oder direkt mit mir oder meiner Assistentin Sibylle Stalder ausgemacht werden.

Termine müssen 24 Stunden vorab abgesagt werden.

Bei Nichterscheinen, Vergessen oder verspäteter Absage wird eine Rechnung für die ausgemachte Zeit ausgestellt und muss vom Patienten selbst bezahlt werden.

Abrechnung:

Die Rechnung wird Ihnen Innerhalb von 24 Stunden nach der Konsultation per Mail oder wenn es gewünscht ist, per Post geschickt.

Die **Zahlungsfrist beträgt 10 Tage**. Nach diesen 10 Tagen sendet das Mahnsystem (sofern die Rechnung nicht beglichen ist), die erste Mahnung automatisch.

Einverständniserklärung & Kenntnisnahme:

Wie möchten Sie die Rechnung ausgestellt bekommen?

per Post (Aufpreis 3,00 CHF)

per E-Mail

Möchten Sie in den Newsletter-Verteiler aufgenommen werden?

Ja

Nein

„Ich (Name) _____ (Vorname) _____ habe mich bei meiner Krankenkasse über die Leistungsanerkennung von „Die Heilpraktikerin Regina Flieder“ erkundigt und bin mir über die anerkannten und nicht anerkannten Methoden klar. Wenn eine Methode nicht von meiner Krankenkasse anerkannt ist, muss ich die Rechnung selbst begleichen“.

Ebenso habe ich den Absatz genau gelesen über die Terminorganisation und Terminabsage und erkläre mich damit einverstanden.

Unterschrift:

Datum: