

Anmelde- und Anamnesebogen für HP Bernd Fritscher



Naturheilpraxis Bernd Fritscher - St. Johann 8 - 91056 Erlangen

Die folgenden Angaben erleichtern die im ersten Heilungsschritt notwendigen homöopathisch-miasmatischen Mittel zu finden und die Ursache Ihrer Krankheit besser zu verstehen. Ich bitte Sie daher, alles anzukreuzen, was zutrifft. Alles andere können Sie unberücksichtigt lassen. Danke!

Name _____

Adresse _____ PLZ Ort _____

Telefon _____ Handy _____

e-mail _____

Geburtsdatum _____ Beruf _____

Krankenversicherung, Beihilfe, Zusatzversicherung _____

Was ist der Grund des Kommens? _____

An welchem organischen Ort hat sich Ihre Krankheit manifestiert? _____

Wie lautet die klinische Diagnose? _____

Was sind in Stichpunkten Ihre Beschwerden?

Wann hat das Krankheitsgefühl begonnen? _____

Versuchen Sie sich zu erinnern, was 1-2 Jahre Gravierendes davor in Ihrem Leben passiert ist

Zu Ihrer Vorgeschichte:

Hatten Sie einmal eine Blasenentzündung? Ja oft einmal

Hatten Sie Windpocken Mumps Diphtherie Scharlach Röteln

Hatten Sie als Kind geschwollene Drüsen Kopfgrind schorfige Ekzeme

Hatten Sie **Geschwüre** Furunkeln Fisteln Abszesse

Wo am Körper _____

Hatten Sie im Laufe Ihres Lebens einmal oder mehrmals

Morgens verklebte Augen Fischig riechenden Ausfluss Einseitige Knieschmerzen

Was hatten Sie (häufig) in Ihrem Leben: Gallenprobleme Depressionen Gelenkprobleme

Kopfschmerzen einseitig beidseitig Haarausfall Zahnprobleme Herzprobleme

Schilddrüsenprobleme Knochenbruch Venenstaus/Krampfader Ausfluss weiß gelb grünlich

braun nach Fisch riechend Harnstrahl geteilt Harnstrahl gedreht Unfälle Vergesslichkeit

mystische Erfahrungen Wutanfälle Lustlosigkeit Impotenz Allergien Hautprobleme

Welche? _____

Schwitzen Sie leicht? Ja Nein Benutzen Sie ein Deo? Ja Nein

Fiebern Sie leicht? Ja Nein Gar nicht

Haben Sie Antibiotika eingenommen? Oft Manchmal Selten

Haben Sie fiebersenkende Mittel eingenommen? Oft selten

Haben Sie Ekzeme, Pickel mit chemischen Mitteln behandelt?

Haben Sie oft Kopfschmerzmittel eingenommen? Oft eher selten

Haben Sie Antidepressiva/Psychopharmaka eingenommen? häufig selten

Haben/hatten Sie Fußpilz/Nagelpilz chemische Mittel dagegen eingesetzt

Sind Sie oft geimpft worden? Als Kind als Erwachsener

!!!Wann war die letzte Impfung? _____

Welche _____

Welche Operationen haben Sie wann gehabt _____

Haben Sie das Gefühl, ein Trauma erlebt zu haben? _____

Haben Sie einmal eine Arbeitsstelle verloren? Ja wann _____

Haben Sie einmal Existenzängste gehabt

Haben Sie Mobbing am Arbeitsplatz erlebt

Ist Ihnen mal einen jüngeren Kollegen „vor die Nase“ gesetzt worden

Sind Sie frühzeitig gekündigt worden Sind Sie im Ruhestand

Hat man Ihnen einmal gesagt, Sie seien allmählich zu alt für Ihren Beruf

Hatten Sie mal das Gefühl, überflüssig zu sein

Hatten Sie mal das Gefühl, keine Perspektive mehr im Leben zu haben

Hatten Sie mal das Gefühl „gegen Windmühlen“ zu kämpfen

Hatten Sie ein Erlebnis mit Todesangst Hatten Sie ein Nahtoderlebnis

War Ihr Geruchssinn mal gestört War Ihr Geschmackssinn mal gestört

Hören Sie schlecht links rechts beidseitig

Hatten Sie schon mal ein Taubheitsgefühl auf der Haut in den Fingern in den Beinen

in den Füßen sonst wo _____

Leben Sie eine Beziehung Mann-Frau erfüllt unerfüllt problematisch

Leben Sie lieber alleine Haben Sie Beziehungsprobleme/gehabt

Leben Sie eine Beziehung Mann-Mann Frau-Frau

Hat man Ihnen einmal den Mann/die Frau ausgespannt

Haben Sie Schuldgefühle Hatten Sie schon mal das Gefühl, etwas für andere zu tragen

Hatten Sie schon mal das Gefühl, an Ihnen „klebt“ etwas Hatten Sie schon mal oder mehrfach das Gefühl von Elend Haben Sie den Eindruck, in Ihrer Familie gab es viel Elend Haben sich Ihre Eltern aus

kleinen/ärmlichen Verhältnissen empor gearbeitet . Haben Sie sich aus ärmlichen/kleinen Verhältnissen empor gearbeitet Sind Sie sehr arbeitsam Neigen Sie dazu, mehr zu arbeiten als sich Pausen zu gönnen Fühlen Sie sich immer wieder für andere verantwortlich

Zu Ihrem familiensystemischen Umfeld:

Mutter lebt hat Krankheit(en) _____

Mutter wann gestorben _____ an was _____

Haben Sie die Mutter gepflegt? Ja wie lange _____ Nein

Beziehung zur Mutter eng nicht gut schwierig

Wurden Sie von der Mutter gestillt? Ja Nein

Waren Sie willkommen? Ja Nein Sollten Sie ein Junge/Mädchen sein?

Sind Sie unehelich geboren

Wie war die Geburt? Normal schwierig Kaiserschnitt Sturzgeburt Steißgeburt Hausgeburt im Kreißaal im Flüchtlingslager

Waren Sie als Kind von der Mutter getrennt? Ja oft Nein

War/ist Ihre Mutter sensibel künstlerisch introvertiert schwach

War beruflich tätig selten zuhause cholerisch ungerecht laut

dominant hat den Vater klein gemacht Alkoholikerin

Hat Sie geschlagen den Vater geschlagen Geschwister geschlagen

Waren Sie die Lieblingstochter/der Lieblingssohn

Vater lebt hat Krankheit(en) _____

Vater wann gestorben _____ an was _____

Haben Sie den Vater gepflegt? Ja wie lange _____ Nein

Beziehung zum Vater eng nicht gut schwierig

Die Eltern leben getrennt sind geschieden

War Ihr Vater sensibel künstlerisch introvertiert schwach

selten zuhause cholerisch ungerecht laut Alkoholiker

Hat er Sie geschlagen Ihre Mutter geschlagen Geschwister geschlagen

Waren Sie sein Lieblingssohn/seine Lieblingstochter

Krankheiten Ihrer Geschwister _____

Krankheiten der Großelterngeneration

Oma mütterlicherseits _____

Gestorben an _____ wann _____

Opa mütterlicherseits _____

Gestorben an _____ wann _____

Oma väterlicherseits _____

Gestorben _____ wann _____

Opa väterlicherseits _____

Gestorben an _____ wann _____

Welche Krankheiten sind Ihnen in der Mutterlinie bekannt

Welche Krankheiten sind Ihnen in der Vaterlinie bekannt?

Hatte jemand in der Großfamilie folgende Krankheiten/Erlebnisse:

Tuberkulose Tripper Syphilis? Malaria? eine Tropenkrankheit?
Wurmerkrankung Schuppenflechte Diabetes Drogenkonsum Rheuma
Alkoholismus psychiatrische Krankheiten Selbstmord Missbrauch Mord

Haben Sie in Ihrer Familie bestimmte „Muster“ erkannt (Verhalten, Häufung von Geschehnissen wie Unfälle, früher Tod, ähnliche Krankheiten usw.)?

Einverständniserklärung

Liebe Patientin, lieber Patient,

wir freuen uns, dass Sie sich für eine naturheilkundliche Therapie entschieden haben. Die Therapien der Naturheilkunde gelten aufgrund Ihrer zum Teil jahrtausendlanger Erfahrung und Anwendung als relativ sichere Behandlungsmethode. Krankheiten stellen eine Störung in den Funktionsabläufen im organischen und psychischen Bereich des Menschen dar. Eine Behandlung erfordert deshalb die Erstellung eines individuellen Behandlungskonzeptes. Diagnose und Therapie erfolgen in einer Naturheilpraxis nach dem so genannten „Ganzheitsprinzip“. Dies bedeutet, dass nicht nur einseitige Beschwerden oder Schmerzen behandelt werden, sondern man versucht den eigentlichen Ursachen von Krankheiten auf die Spur zu kommen. Die Therapiemethoden arbeiten nach dem naturheilkundlichen Prinzip. Über die Stimulation der Selbstheilungskräfte wird der Mensch und damit die Gesundheit wieder ins Gleichgewicht gebracht.

Die Behandlungskosten werden nach den Richtlinien der Preisliste im Wartezimmer verrechnet. Die Kosten der Behandlung werden nicht von der gesetzlichen Krankenkasse übernommen. Der Heilpraktiker ist nicht dafür verantwortlich ob und wie viel eine private Versicherung, Zusatzversicherung oder Beihilfe von den Behandlungskosten erstattet. Die Behandlungskosten sind unabhängig von der Versicherung geleisteten Erstattung nach Erhalt der Rechnung direkt und unverzüglich zu bezahlen. Termine müssen bei Änderung spätestens 24 Stunden (für Montag Absage am Freitag) zuvor abgesagt werden, ansonsten werden die Kosten der anstehenden Behandlung in voller Höhe in Rechnung gestellt. Hiermit bestätige ich, dass ich die Einverständniserklärung ausführlich gelesen und verstanden habe, alle meine Fragen diesbezüglich zu meiner Zufriedenheit geklärt worden sind. Ich stimme dem Abrechnungsmodus zu.

Erlangen, den Unterschrift

Bitte senden Sie den ausgefüllten Anamnesebogen rechtzeitig an meine Adresse oder per Mail, damit ich gut vorbereitet die Erstanamnese durchführen kann:

Bernd Fritscher
Naturheilpraxis
St. Johann 8, 91056 Erlangen
Tel.: 09131 42650, Fax: 09131 420816;
info@naturheilpraxis-fritscher.de