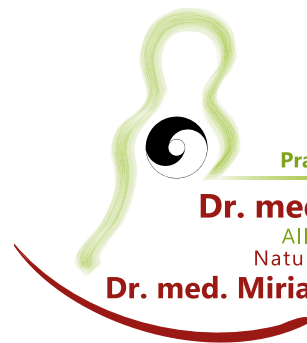




Herzlich willkommen in unserer Praxis!

Zur Vorbereitung auf Ihren Besuch bei uns erhalten Sie diesen Anamnesebogen.

Je mehr wir über Sie erfahren, desto besser können wir uns auf Ihren Besuch vorbereiten und Sie gesundheitlich unterstützen. In diesem Sinne bitten wir Sie, den Bogen auszufüllen und ihn uns frühzeitig zukommen zu lassen.
Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!

Sie können das PDF-Formular direkt am PC so weit ausfüllen wie es Ihnen möglich und angenehm ist und schicken es mithilfe des Sende-Buttons am Ende des Formular an unsere E-Mail Adresse. Den Rest können wir in unserem ersten Gespräch klären, selbstverständlich auch Fragen Ihrerseits, die beim Ausfüllen auftauchen können.
Notieren Sie sich diese (am Ende des Formulars ist Platz für Ihre Notizen), damit wir Ihnen in unserem Erstgespräch diese Fragen beantworten können.

Name, Vorname:	Geburtsdatum:
Straße:	PLZ, Ort:
Beruf:	E-Mail:
Tel. (privat):	Tel. (geschäftlich):
Krankenkasse:	Hausarzt:
Größe:	Gewicht:

Wie wurden Sie geboren? ☐ spontane Geburt ☐ per Kaiserschnitt ☐ weiß ich nicht

Wurden Sie gestillt? ☐ ja ☐ nein ☐ weiß ich nicht

Beziehungssituation: Ich bin ☐ allein lebend ☐ geschieden ☐ verheiratet
☐ in fester Partnerschaft ☐ ich habe Kind/er ☐ ich habe keine Kinder
☐ ich habe Fehlgeburt/en ☐ ich habe unerfüllten Kinderwunsch

Derzeitige berufliche Tätigkeit: Wochenarbeitszeit: h

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

☐ Überweisung durch: ☐ auf Empfehlung von:
Internet über: ☐ Ärztebewertungsportale ☐ Praxishomepage ☐ Sonstiges:

Welches Anliegen führt Sie zu uns?

.....

Sind Sie aktuell in Behandlung?

☐ Arzt ☐ Heilpraktiker/in ☐ Psychotherapeut/in ☐ Physiotherapeut/in ☐ Osteopath/in

Notieren Sie nun bitte noch **alle (!)** Medikamente und Nahrungsergänzungsmittel, die Sie aktuell einnehmen inklusive verhütender Maßnahmen, Sprays und Bedarfsmedikamente (Schmerz-, Allergie- und Schlaftabletten etc.).

Zur Medikation: Wenn auf der Packung der Präparate eine Mengenangabe ersichtlich ist, bitte aufführen: z.B. Ramipril 5 mg oder L-Thyroxin 75. Bitte aktuelle Medikamente mitbringen, falls vorhanden.

Medikament:	morgens	mittags	abends	z. Nacht	nur bei Bedarf

Erkrankungen der Familie:

Mutter

Vater

Geschwister

Bluthochdruck

☐
☐
☐

Diabetes

☐
☐
☐

Herzinfarkt

☐
☐
☐

Schlaganfall

☐
☐
☐

Krebserkrankung (welche?)

☐
☐
☐

Neurodermitis / Allergie / Asthma

☐
☐
☐

Depression / Nervenleiden

☐
☐
☐

Erkrankungen der Familie:

Mutter

Vater

Geschwister

Andere wichtige Erkrankungen

Mutter verstorben? ☐ nein ☐ ja Wann? Alter? Woran?

Vater verstorben? ☐ nein ☐ ja Wann? Alter? Woran?

Gab es bei früheren Laboruntersuchungen einmal Auffälligkeiten?

☐ noch nie oder ☐ auffällig waren schon mal die:

☐ Leberwerte

☐ Nierenwerte

☐ Blutzuckerwerte

☐ Cholesterin

☐ Sonstiges

☐ Entzündungswerte

☐ Eisenmangel

☐ Blutarmut

☐ Schilddrüsenwerte

Infektanfälligkeit

Grippe / Erkältung u.ä.: in den letzten 5 Jahren durchschnittlich mal pro Jahr

Blasenentzündung: in den letzten 5 Jahren durchschnittlich mal pro Jahr

Antibiotikabehandlungen: (egal ob bei Erkältung, Blasenentzündung, Zahnproblemen, Operationen...)

In Ihren **ersten (!) 5 Lebensjahren** insgesamt: mal In Ihren **letzten 10 Jahren** insgesamt:mal

Rauchgewohnheiten:

☐ Ich bin Nichtraucher ☐ immer schon ☐ seit Jahren

☐ Ich rauche durchschnittlich etwa Zigaretten pro Tag ☐ früher rauchte ich Zigaretten pro Tag

Welche Erkrankungen gab oder gibt es bei Ihnen selbst und (seit) wann?

☐ Bluthochdruck	seit:	☐ Schilddrüsenerkrankung	seit:
☐ Herzinfarkt	wann?	☐ Nierenerkrankung	seit:
☐ Koronare Herzkrankheit	seit:	☐ Chron. Darmerkrankung	seit:
☐ Schlaganfall	wann?	☐ Lebererkrankung	seit:
☐ Herzrhythmusstörungen	seit:	☐ Rhema	seit:
☐ Thrombose	wann?	☐ Hörsturz / Tinnitus	seit:
☐ Lungenembolie	wann?	☐ Depression / Nervenleiden	seit:
☐ Diabetes mellitus	seit:	☐ Neurodermitis	seit:
☐ Asthma	seit:	☐ Heuschnupfen	seit:
☐ COPD / Emphysem	seit:	☐ Andere Allergien	seit:
☐ Reizdarm	seit:	☐ Der letzte Allergietest war im Jahr:	
☐ Krebserkrankung	wann?		

Wenn ja, welche?

Veränderung Ihres Körpergewichts:

Ich habe in den letzten 10 Jahren unter dem Strich:

☐ mein Gewicht gar nicht verändert ☐ kg abgenommen ☐ kg zugenommen

Treiben Sie regelmäßig Sport?

☐ nein ☐ ja, mal pro Woche für ca. Minuten. Sportart / -en:

Tragen Sie aktuell noch Amalgamfüllungen?

☐ nein ☐ ja, ich habe ☐ 1-2 ☐ 3-5 ☐ 6-8 ☐ 9 oder mehr Amalgamfüllungen

Hatten Sie früher Amalgamfüllungen, die inzwischen entfernt wurden?

☐ nein ☐ ja, ich hatte ☐ 1-2 ☐ 3-5 ☐ 6-8 ☐ 9 oder mehr Amalgamfüllungen

Haben Sie Implantate?	☐ nein	☐ ja, ich habe	☐ 1-2	☐ 3-5	☐ 6-8
Überkronte Zähne?	☐ nein	☐ ja, ich habe	☐ 1-2	☐ 3-5	☐ 6-8
Wurzelgefüllte / tote Zähne?	☐ nein	☐ ja, ich habe	☐ 1-2	☐ 3-5	☐ 6-8

Hatten Sie folgende Kinderkrankheiten?

Masern	☐ nein ☐ ja	Keuchhusten	☐ nein ☐ ja	Mumps	☐ nein ☐ ja
Röteln	☐ nein ☐ ja	Scharlach	☐ nein ☐ ja	Windpocken	☐ nein ☐ ja

Verdauungsgewohnheiten und -beschwerden:

Wie oft haben Sie Stuhlgang? mal pro Tag, wenn nicht täglich: mal pro Woche

☐ regelmäßig ☐ unregelmäßig

Konsistenz des Stuhls überwiegend: ☐ hart ☐ normal ☐ breiig ☐ Durchfall ☐ wechselnd

(fast) nie ab und zu häufig (fast) immer derzeit

Blähungen	☐	☐	☐	☐	☐
Bauchschmerzen / -krämpfe	☐	☐	☐	☐	☐
Völlegefühle	☐	☐	☐	☐	☐
Übelkeit	☐	☐	☐	☐	☐
Erbrechen	☐	☐	☐	☐	☐
Sodbrennen	☐	☐	☐	☐	☐
Saures Aufstoßen	☐	☐	☐	☐	☐
Vermehrtes Aufstoßen (nicht sauer)	☐	☐	☐	☐	☐

Leiden Sie oder litten Sie früher schon mal an folgenden Beschwerden?

	(fast) nie	ab und zu	häufig	(fast) immer	derzeit
Husten	☐	☐	☐	☐	☐
Auswurf	☐	☐	☐	☐	☐
Schleimgefühl im Hals oder Rachen	☐	☐	☐	☐	☐
Verstopfte Nase / Naselaufen / Niessen	☐	☐	☐	☐	☐
Luftnot bei Anstrengung	☐	☐	☐	☐	☐
Luftnot in körperlicher Ruhe	☐	☐	☐	☐	☐
Engegefühl / Beklemmung der Brust	☐	☐	☐	☐	☐
Einschlafstörung	☐	☐	☐	☐	☐
Durchschlafstörung	☐	☐	☐	☐	☐
Schnarchen	☐	☐	☐	☐	☐
Nächtliche Atemauffälligkeiten / -pausen	☐	☐	☐	☐	☐
Nächtliches Wasserlassen	☐	☐	☐	☐	☐
Nächtliches Zähneknirschen	☐	☐	☐	☐	☐
Morgendliche Unausgeschlafenheit	☐	☐	☐	☐	☐
Müdigkeit am Tage	☐	☐	☐	☐	☐
Rasche Erschöpfung bei Anstrengung	☐	☐	☐	☐	☐
Konzentrationsstörung	☐	☐	☐	☐	☐
Gedächtnisstörung	☐	☐	☐	☐	☐
Schwindel	☐	☐	☐	☐	☐
Heißhungerattacken	☐	☐	☐	☐	☐
Appetitlosigkeit	☐	☐	☐	☐	☐
Mundgeruch	☐	☐	☐	☐	☐
Rückenschmerzen: Halswirbelsäule	☐	☐	☐	☐	☐
Rückenschmerzen: Lendenwirbelsäule	☐	☐	☐	☐	☐
Hüftprobleme / -schmerzen	☐	☐	☐	☐	☐
Knieprobleme / -schmerzen	☐	☐	☐	☐	☐
Sonstige Gelenkbeschwerden	☐	☐	☐	☐	☐
Muskel- oder Wadenkrämpfe	☐	☐	☐	☐	☐
Muskelschwäche	☐	☐	☐	☐	☐
Antriebslosigkeit / Lustlosigkeit	☐	☐	☐	☐	☐
Traurigkeit / Depressivität	☐	☐	☐	☐	☐
Ängste	☐	☐	☐	☐	☐
Vermehrtes Schwitzen tagsüber	☐	☐	☐	☐	☐
Vermehrtes Schwitzen nächtlich	☐	☐	☐	☐	☐
Kopfschmerzen	☐	☐	☐	☐	☐
Haarausfall	☐	☐	☐	☐	☐
Hautprobleme (Jucken, Rötung, Akne..)	☐	☐	☐	☐	☐
Gehäuftes Wasserlassen	☐	☐	☐	☐	☐
Augentrockenheit	☐	☐	☐	☐	☐
Mundtrockenheit	☐	☐	☐	☐	☐
Wassereinlagerungen (Hände? Füße?)	☐	☐	☐	☐	☐
Schwierigkeiten beim Wasserlassen	☐	☐	☐	☐	☐
Menstruationsbeschwerden	☐	☐	☐	☐	☐
Libido / Erektionsstörungen	☐	☐	☐	☐	☐

Wie oft essen / trinken Sie durchschnittlich folgende Nahrungsmittel?

	(fast) nie	ab und zu	mehrfach pro Wo.	einmal tägl.	mehrfach tägl.
Milch	☐	☐	☐	☐	☐
Quark	☐	☐	☐	☐	☐
Yoghurt	☐	☐	☐	☐	☐
Käse	☐	☐	☐	☐	☐
Eier	☐	☐	☐	☐	☐
Brot / Brötchen	☐	☐	☐	☐	☐
Müsli	☐	☐	☐	☐	☐
Nudeln	☐	☐	☐	☐	☐
Kuchen	☐	☐	☐	☐	☐
Süßigkeiten	☐	☐	☐	☐	☐
Fleisch	☐	☐	☐	☐	☐
Fisch	☐	☐	☐	☐	☐
Wurst	☐	☐	☐	☐	☐
Gemüse	☐	☐	☐	☐	☐
Obst	☐	☐	☐	☐	☐
Kaffee	☐	☐	☐	☐	☐
Tee	☐	☐	☐	☐	☐
Wasser mit / ohne Kohlensäure	☐	☐	☐	☐	☐
Fruchtsäfte	☐	☐	☐	☐	☐
Coca Cola	☐	☐	☐	☐	☐
Süßgetränke	☐	☐	☐	☐	☐
Bier (Gläser)	☐	☐	☐	☐	☐
Wein (Gläser)	☐	☐	☐	☐	☐

Wie viel Liter trinken Sie durchschnittlich pro Tag (alle Getränke zusammengerechnet)? Liter

Gibt es Nahrungsmittel, die Ihnen (egal wie) nicht gut bekommen?

.....

Was erwarten Sie von unserer Behandlung?

.....

Welche Ziele möchten Sie erreichen?

.....

Bitte den Anamnesebogen eine Woche vor dem Ersttermin
per Mail oder Post in die Praxis senden oder in der Praxis abgeben.

BITTE BRINGEN SIE UNBEDINGT IHREN IMPFAUSWEIS MIT!

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!



Praxis für ganzheitliche Medizin

Dr. med. Miriam Schäffler

Allgemeinmedizin Akupunktur
Naturheilverfahren Sportmedizin

Dr. med. Miriam Albertsmeyer (ang.)
Innere Medizin

Im Witthausfeld 30
32602 Vlotho

Fon 0 57 33 - 87 84 98
Fax 0 57 33 - 87 84 99

info@praxis-dr-schaeffler.com
www.praxis-dr-schaeffler.com



Im Witthausfeld 30 | 32602 Vlotho
Fon 0 57 33 - 87 84 98 | Fax 0 57 33 - 87 84 99
info@praxis-dr-schaeffler.com | www.praxis-dr-schaeffler.com

Liebe Patientin, lieber Patient,

zur Anmeldung möchte ich Sie bitten, die folgenden Zeilen auszufüllen und die Vereinbarungen gründlich durchzulesen und zu unterzeichnen.

Bitte die zutreffenden Punkte ankreuzen. ☒

Anmeldung -Privat

Name: _____ Vorname: _____

Strasse: _____ PLZ: _____ Ort: _____

Tel: _____ Fax: _____ Mobil: _____

Email-Adresse: _____ Geburtsdatum: _____

Krankenversicherung: _____ Beihilfe: ja/nein

Beruf: _____

Hausarzt: _____ Medikamente: _____

Vereinbarung

In meiner Praxis werden Termine nur nach Bestellsystem vergeben. Da ich mir für Sie genügend Zeit lassen möchte, sind Ihre Termine auch ausschließlich nur für Sie reserviert.

Deshalb bitte ich Sie, bei Verhinderung spätestens 24 Stunden zuvor telefonisch abzusagen. Andernfalls erlaube ich mir, Ihnen das Behandlungshonorar in Rechnung zu stellen.

Ich möchte Sie hiermit höflichst darauf hinweisen, dass einige meiner Diagnostik- und Behandlungsmethoden von der Schulmedizin bisher noch nicht „wissenschaftlich“ anerkannt und daher auch nicht Bestandteil der ärztlichen Gebührenordnung sind und deshalb z.T. analog bewertet und abgerechnet werden müssen. Teilweise werden zudem Laborleistungen angefordert, die über das „allgemein medizinisch notwendige Maß“ hinausgehen, bzw. deren „medizinische Notwendigkeit“ durch Versicherer u.a. auf Grund von Sparmaßnahmen immer öfter in Frage gestellt werden. Dennoch erklären Sie mit Ihrer Unterschrift, mein Honorar zu bezahlen, unabhängig von der Erstattung durch Ihre Krankenversicherung bzw. Beihilfestelle. Wegen des hohen Zeitaufwandes in der ganzheitlichen Medizin werde ich teilweise den 3,5-fachen Gebührensatz berechnen müssen.

Bitte beachten Sie, dass der erstattungsfähige Satz in der Regel nur der 2,3-fache ist.

Diese Vereinbarung ist vor der Behandlung geschlossen worden. Jeder Vertragspartner hat eine Ausfertigung erhalten. Ein Widerruf dieser Vereinbarung ist jederzeit möglich.

Vereinbarung zur Erstellung eines Lichtbildes zum Einpflegen in die Patientenakte

☐ Da ich ein sehr visueller Mensch bin und bei mir die chinesische Gesichtsdia­gnose als zusätzliches ganzheitliches diagnostisches Verfahren eine Rolle spielt, würde ich gerne ein Foto Ihres Gesichts machen, das natürlich vertraulich behandelt wird und nur zum Einpflegen in Ihre Patientenakte dient.

Ich würde mich sehr freuen und Sie würden meine Arbeit dadurch sehr erleichtern, wenn dies möglich wäre!

Diese Vereinbarung ist vor der Behandlung geschlossen worden. Ein Widerruf dieser Vereinbarung ist jederzeit möglich.

Vereinbarung Kontakt per E-Mail & WhatsApp

☐ Hiermit erlaube ich der Praxis Dr. Miriam Schäffler, mit mir per E-Mail/per WhatsApp zu kommunizieren, auch wenn dies keine gesicherten Verbindungen sind.

Diese Vereinbarung ist vor der Behandlung geschlossen worden. Jeder Vertragspartner hat eine Ausfertigung erhalten. Ein Widerruf dieser Vereinbarung ist jederzeit möglich.

Einverständniserklärung Privatliquidation per E-Mail

☐ Hiermit erklären Sie sich mit der Zusendung Ihrer Privatrechnung an unten aufgeführte E-Mail-Adresse einverstanden.

Datum _____

Unterschrift _____

Patient(in)

Dr .M. Schäffler

Chronologischer Verlauf von Lebensereignissen und Erkrankungen



**Im Witthausfeld 30
32602 Vlotho**

Fon 0 57 33 - 87 84 98

Fax 0 57 33 - 87 84 99

info@praxis-dr-schaeffler.com
www.praxis-dr-schaeffler.com

**EREIGNISSE
IM LEBEN**

GEBURT

JETZT

**KRANK-
HEITEN**