



**svен zeissner**

Heilpraktiker

## Patienten-Fragebogen

Name:..... Vorname:..... Geb.-Datum:.....

Telefon (Privat):..... Tagsüber erreichbar/Arbeit:.....

Straße und Haus-Nr.:.....

PLZ:..... Wohnort:..... Beruf:.....

Hausarzt/ärztin:..... Tel:.....

Versicherung:.....  Privat  Gesetzlich/Selbstzahler  Zusatz

Ich komme auf Empfehlung von:.....

**Mit welchen Beschwerden kommen Sie zu mir in die Praxis und seit wann genau bestehen Ihre Beschwerden bereits? Bitte genaue Zeitangaben machen, soweit möglich (ggf. Rückseite nutzen)!**

**Wie viele Therapeuten haben Sie bereits wegen Ihrer Beschwerden aufgesucht? \_\_\_\_\_**  
**Bisherige Therapieversuche:**

**Bitte schildern Sie, so genau wie möglich, alle zusätzlichen/sonstigen Beschwerden, und/oder Krankheiten die bei Ihnen bestehen (organischer, funktioneller, hormoneller, immunologischer Art und Sonstiges)**

**BITTE ALLE ALLERGIEN ANGEBEN:**

**Welche Krankheiten sind in der Familie bekannt? (Mutter, Vater, Großeltern, Kinder, Geschwister, etc.)**

**Bitte nennen Sie alle Operationen, Unfälle, Brüche, etc. die Sie seit Ihrer Geburt durchgemacht haben. Auch noch so banale! Datum so genau wie möglich angeben. (Bitte auch zahnärztliche Eingriffe):**

**Gab es schonmal einen Autounfall, Auffahr-Unfall, Schleudertrauma, Kopfverletzung?  Ja  Nein**

**ZAHNSTATUS: Sie haben/hatten *Bitte umkreisen*: Amalgam- oder sonstige Füllungen, tote Zähne, Brücken, Implantate, Kronen, Wurzelfüllungen, Wurzelreste, Zahnfleischbluten, Kieferbeschwerden, verlagerte Weisheitszähne, etc.? Bitte alles sonstige, Ihnen bekannte auflisten!!!**

**Tragen Sie eine Aufbiss-Schiene oder eine „Knirscher-Schiene“? .....  Ja  Nein**

**Tragen Sie eine Einlage, bzw. eine Schuh-Erhöhung.....  Ja  Nein**

**Bitte nennen Sie alle Medikamente die Sie einnehmen, inkl. Dosierung: (Auch Medikamenten-Allergien)**

**Nehmen Sie Macumar, ASS oder sonstige Blutgerinnungshemmer ein?.....,.....  Ja  Nein**

**Leiden Sie unter Nachtschweiß, Gewichtsverlust, Drüsenschwellungen (z.B. der Lymphknoten), chronischer Müdigkeit, häufigen Infektionen?.....  Ja  Nein**

**Leiden Sie unter Schwindel, Sehstörungen, Kreislaufbeschwerden, Übelkeit?.....  Ja  Nein**

**Was erwarten Sie von der Behandlung / was ist Ihr Wunsch?**



**sven zeissner**

Heilpraktiker

## Erweiterter-Fragebogen

- Haben oder hatten Sie mal Haustiere?  Nein  Ja, welche?:  Ja  Nein  
Gab es schon mal einen auffälligen Insektenstich/biss?  Ja  Nein  
Gab es schon mal einen Zeckenbiss, auch in der Kindheit? Falls ja, Wie oft?:  Ja  Nein  
Sind Sie schon mal von einem sonstigem Tier gebissen worden?  Ja  Nein

- Haben Sie schon mal im Ausland gelebt? Wenn ja, wo?  Nein  
Sind Sie schon mal bei einem Auslandsaufenthalt krank geworden? Wenn ja, wo und wie?  Nein

Ja:

- Haben Sie täglichen Stuhlgang?  Nein  Ja  
Der Stuhl ist:  Geformt  Breiig/weich/Durchfall  Hart  Wechselhaft  
Haben Sie Bauchschmerzen, Blähung, Spannung, Unwohlsein?  Ja  Nein  
Fühlen Sie sich erschöpft, schwach, chronisch müde?  Ja  Nein  
Haben Sie ungewöhnliche Schmerzen – Messerstiche, Blitzartige Schmerzen  Ja  Nein  
Haben Sie häufig Kopfschmerzen?  Ja  Nein  
Sind Sie Licht-Empfindlich? Oft rote / trockene Augen? Verschwommenes Sehen?  Ja  Nein  
Müssen Sie häufig auf Toilette / häufig Wasser lassen?  Ja  Nein  
Haben Sie ein starkes Durstgefühl?  Ja  Nein  
Bekommen Sie häufig elektrische Schläge beim Anfassen von Gegenständen?  Ja  Nein  
Haben Sie morgendliche Steifigkeit, morgendliche Gelenksbeschwerden.  Ja  Nein  
Haben Sie nach dem Aufwachen ein Brennen oder Schmerzen an den Fußsohlen?  Ja  Nein  
Haben Sie öfters Krämpfe, vor allem der Finger oder Zehen? „Krallen“  Ja  Nein  
Gibt es Taubheitsgefühle, Armeisenlaufen, Vibrieren der Haut?  Ja  Nein  
Ist Ihre Haut empfindlich auf Berührung oder Reiz? Nur an bestimmten Stellen?  Ja  Nein  
Haben Sie einen metallischen Geschmack im Mund?  Ja  Nein  
Schwitzen Sie ungewöhnlich oft oder viel, vor allem Nachts?  Ja  Nein  
Ist Ihnen ungewöhnlich oft zu Warm oder zu Kalt / Frieren  Ja  Nein  
Bekommen Sie öfters Nasenbluten? (oder in der Kindheit früher?)  Ja  Nein  
Sind Sie schnell außer Atem?  Ja  Nein  
Fühlen Sie sich nach körperlicher Tätigkeit oder Sport sehr erschöpft?  Ja  Nein  
Haben Sie Nasennebenhöhlen Probleme, Husten, Asthma  Ja  Nein  
Sind Sie Vollmond-Sensibel?  Ja  Nein

- Haben Sie Schwierigkeiten sich Dinge zu merken?  Ja  Nein  
Haben Sie Schwierigkeiten neu gelerntes Wissen zu behalten?  Ja  Nein  
Haben Sie Wortfindungs-Störungen?  Ja  Nein  
Können Sie sich nur schwer Konzentrieren, Haben Sie „Kopf-Nebel“?  Ja  Nein

- Haben Sie schon mal einen Wasserschaden in der Wohnung/Haus gehabt?  Ja  Nein  
Gibt/**gab** es Schimmel in der Wohnung, im Haus, im Badezimmer?  Ja  Nein  
Gibt/**gab** es Schimmel im Keller, ist der Keller feucht?  Ja  Nein  
Gibt es sichtbare Flecken auf den Wänden oder an der Decke?  Ja  Nein  
Habe Sie einen durchgehenden Teppich in der Wohnung/ Haus (Wand zu Wand)  Ja  Nein  
Gab es in den letzten 2 Jahren Renovierungsarbeiten...wenn ja, welche?  Ja  Nein

Ja:

- Betrifft irgend etwas hiervon auch den Arbeitsplatz/Schule? Falls ja, bitte beschreiben?  Ja  Nein

- Gibt es bei Ihrer Arbeit/Schule Kollegen, mit ähnlichen Beschwerden wie Ihre?  Ja  Nein  
Gibt es Familienmitglieder/Mitbewohner/etc. mit ähnlichen Beschwerden wie Ihre?  Ja  Nein

- Treten Ihre Beschwerden oft in einem gewissen Rhythmus /Zyklus verstärkt auf?  Ja  Nein  
(z.b. alle paar Tage, alle 2 Wochen, alle 3 Wochen, alle 4 Wochen, etc.)

...falls Ja, bitte genauer beschreiben:



**sven zeissner**

Heilpraktiker

Haben Sie schon mal Baracuda / Red Snapper / Pazifik-Fisch gegessen?  Ja  Nein  
Sind Sie nach dem Verzehr von diesen oder anderem Fisch schon mal Krank geworden?  Ja  Nein

Schwimmen, Angeln oder Segeln Sie in Gewässer wo vermehrtes Algen-Wachstum aufgefallen ist?  Ja  Nein

Sind Sie in den letzten 2 Jahren in Gewässer geschwommen wo vermehrtes Fish-Sterben beobachtet wurde?  Ja  Nein

Wohnen Sie in der Näher einer Verbrennungsanlage, eines Krematoriums, etc?  Ja  Nein

Wohnen Sie in der Näher einer Bahnstation / Bahnstrecke / Bahnhof?  Ja  Nein

Wohnen Sie in der Näher einer Hochspannungsleitung?  Ja  Nein

Wohnen Sie in Sichtweite eines Handy-Sende-Mast?  Ja  Nein

Haben Sie ein Schnurlos-Telefon in der Wohnung?  Ja  Nein

Benutzen Sie WLAN Zuhause?  Ja  Nein

Benutzen Sie ein Bluetooth- Gerät zum Telefonieren?  Ja  Nein

Haben Sie einen Funk-/ elektrischen Wecker neben dem Bett?  Ja  Nein

Benutzen Sie Ihr Handy als Wecker, neben dem Bett (**eingeschaltet**)?  Ja  Nein

Bitte beschreiben Sie alle sonstigen elektrischen Geräte im Schlafzimmer:

Wie viele Minuten am Tag telefonieren Sie geschätzt mit Ihrem Handy? \_\_\_\_\_

Gibt es Zimmer in Ihrer Wohnung/Haus wo Sie sich unwohl fühlen/ die Sie vermeiden  Ja  Nein

Fühlen Sie sich morgens erholt und ausgeschlafen?  Nein  Ja

Schlafen Sie auf einem Wasserbett?  Ja  Nein

Ihre Matratze ist gefühlt...:  Genau richtig  Zu hart  Zu weich

Ihr Kissen ist gefühlt.....:  Genau richtig  Zu hart  Zu weich

Wie alt ist Ihre Matratze?: Ihr Kissen?:

**Gibt es sonstige wichtige Informationen die Sie uns mitteilen möchten?:**



**sven zeissner**

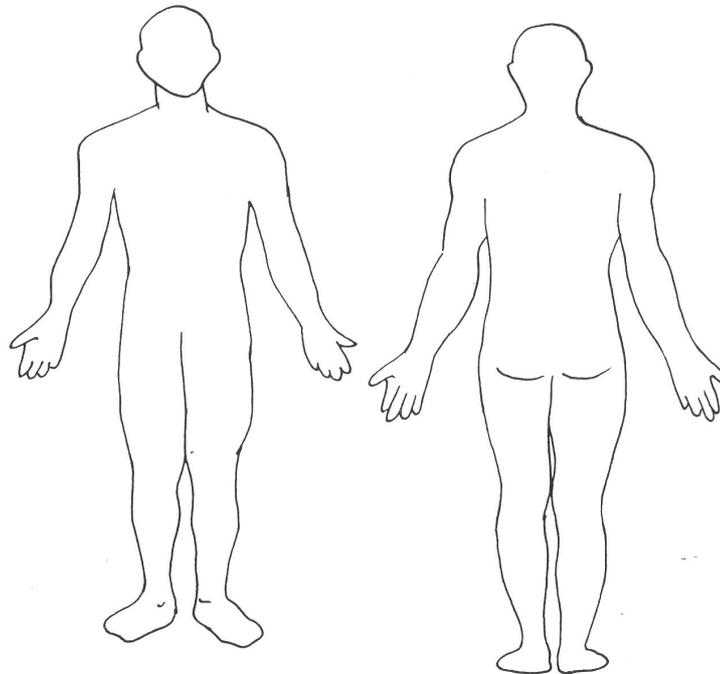
Heilpraktiker

## FÜR SCHMERZPATIENTEN:

Bitte zeichnen Sie Ihre Beschwerden so genau wie möglich mit Hilfe des Symbolenschlüssels auf.

### Symbolenschlüssel:

X	Punktuelle Schmerz
←	Ausstrahlender Schmerz
////	Diffuse Beschwerden/Schmerz/Verspannungen
1,2,3..	Stärkster Schmerz (1) bis schwächster Schmerz (2,3,4....)



### **! Mehr als eine Antwort möglich: !**

#### Wann ist der Schmerz am stärksten?

- Nachts     Morgens     Tagsüber     Dauernd     Bei Bewegung     In Ruhe

#### Wie ist der Schmerz?

- Dumpf     Stechend/spitz/hell     Bohrend     Brennend     Pulsierend     Ziehend  
 Tief     Oberflächlich     Wandernd     Diffus / nicht lokalisierbar

#### Zusätzliche Symptome:

- Kraftlosigkeit     Steifigkeit     Taubheit, Kribbeln, „Ameisen-Laufen“  
 Krämpfe und Krampf-Neigung     Verschlechterung/Verbesserung durch Bewegung  
 Wetterabhängige Verschlechterung/Verbesserung     Kälte- / Wärmeempfindlichkeit  
 Schlechter im... sitzen, liegen, gehen, stehen, Sonstiges: \_\_\_\_\_  
 Besser durch Schmerzmittel     Keine Änderung durch Schmerzmittel  
 Sonstiges:

**SCHMERZSKALA (min1 - max10):** Aktuell \_\_\_\_\_



**sven zeissner**  
Heilpraktiker

## ZUSATZ FRAGEBOGEN:

Alle Antworten sind streng vertraulich und unterliegen selbstverständlich der Schweigepflicht. Ihre Antworten sind nur für den Therapeuten bestimmt.

### **Sonstige Beschwerden/Zustände:**

- Schlafstörungen/Schlafprobleme....einschlafen, durchschlafen, sonstiges (bitte umkreisen)
- Depressionen/ depressive Verstimmungen  Melancholisch  Denken über alles nach
- Traurig  Einsam  Emotional „verletzt“  Angst bis Furcht
- Sie „schlucken“ alles  Sie setzen sich schwer durch  Konfliktscheu
- „Nah am Wasser gebaut“  Schüchternheit, Scheu
- Sie nehmen sich alles „zu Herzen“  Es fällt Ihnen schwer sich zu distanzieren
- Sie fühlen sich nicht Wohl in Ihrer Haut  Sie leben in der Vergangenheit
- Häufige oder große Aufregung/ Wut/ Frust/ Gereiztheit  Sie „Platzen“ schnell
- Sie machen sich immer viele/ große Sorgen  Sie fühlen sich unter starkem Druck
- Sie haben eine große Last zu tragen  Sie fühlen sich sehr Verantwortlich
  
- Hohe Stress-Belastung bei der Arbeit...mit Chef, Mitarbeitern, dem Klima an sich...
- Hohe Stress-Belastung in der Familie, im sozialen Umfeld, im persönlichem Leben
  
- Ihnen fehlt der Sinn in dem was Sie tun (Im Job, Alltag, etc.)
- Es Fehlt Ihnen etwas im Leben? Bitte beschreiben Sie dieses kurz wenn sie wollen:

- Sie sind:**  Verheiratet  In einer Beziehung  Single  Witwe(r)  
**Haben Sie Kinder?**  Ja  Nein ...wie viele/wie alt?:  
**Sind Ihre Kinder gesund?**  Ja  Nein...bitte erläutern Sie:

### **Wie ist Ihr Familien-Verhältnis?**

**Wie ist das Verhältnis zu den eigenen Eltern, Geschwistern?**

**Betreiben Sie Sport?**  Nein  Ja (Welchen, und wie oft?):

**Nehmen Sie Drogen ?**  Nein  Gelegentlich  Regelmäßig : \_\_\_\_\_  
**Rauchen Sie ?**  Nein  Ja...wie viel pro Tag?: \_\_\_\_\_  
**Trinken Sie Alkohol**  Nein  Gelegentlich  Nur am Wochenende  
 Regelmäßig:  
...falls ja, was trinken Sie und wie oft? \_\_\_\_\_

**Was machen Sie gerne in Ihrer Freizeit/ Hobbies?:**

**Womit sind Sie unzufrieden in Ihrem Leben, mit sich selbst?**

**Was macht Ihnen Freude? Womit sind Sie zufrieden in Ihrem Leben und mit sich selbst? Was mögen Sie an sich?**

## WICHTIGER HINWEIS:

Hiermit bin ich ausdrücklich darüber informiert worden, dass die gesamten Kosten von einer gesetzlichen Krankenkasse nicht übernommen werden und, dass die Kosten von einer evtl. bestehenden privaten Versicherung und/oder Beihilfestelle möglicherweise teilweise oder ganz nicht übernommen werden.

Ich wurde darüber informiert, dass aufgrund der rein naturheilkundlichen Diagnostik und Therapie 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 meine Erstattungspflicht zum Ausgleich der Honorarrechnung hat.

Ich wurde darüber informiert, dass Behandlungskosten unabhängig von geleisteten oder nicht geleisteten Erstattungen durch Beihilfestellen oder privaten Krankenversicherungen an den Heilpraktiker zu zahlen sind.

*Wenn für Ihre Behandlung ein fester Termin vereinbart worden ist und Sie sind an der Wahrnehmung dieses Termins verhindert, sind Sie verpflichtet, spätestens 24 Stunden vor dem Termin mir die Verhinderung mitzuteilen. Bei einer späteren Absage oder für den Fall, dass Sie den Termin ohne vorherige Mitteilung nicht wahrnehmen, bin ich berechtigt, das für die nicht durchgeführte Behandlung vereinbarte Honorar von Ihnen zu fordern. Dies gilt nicht, wenn Sie unverschuldet die Frist für die Absage des Termins nicht einhalten konnten oder wenn ein Ersatztermin vereinbart wird.*

*Rechnungen werden generell direkt im Anschluss an einer Behandlung abgerechnet. Bei Privatpatienten erfolgt die Rechnungsstellung über eine Abrechnungsfirma (MEDISERV). Dies erfolgt monatlich.*

### **Hinweis zur Chiropraktik und Osteopathie:**

Im Urteil des OLG Düsseldorf (vom 08.03.93 302/91) wird verlangt, Patienten das Risiko aufzuzeigen, dass es in seltenen Fällen, vor allem bei nicht korrekter Durchführung der Manipulation der oberen Halswirbelsäule, es zu dauerhaften Durchblutungsstörungen des Kopfes kommen kann.

### **Kommentar:**

1. Grundsätzlich korrigiere ich die HWS nicht mit Force Impulstechniken (Chirotherapie) ohne vorher viele Tests durchzuführen, oder ein Röntgenbild der HWS hinzuzuziehen (nicht älter als ein halbes Jahr), sondern benutze die sanfteren Low Force (wenig Impuls) oder Non Force (kein Impuls) Techniken.
2. Bei den sanften amerikanischen chiropraktischen und osteopathischen Techniken ist das Risiko auf ein Mindestmaß reduziert.
3. Grundsätzlich kann jede Behandlung mit einem Risiko behaftet sein.
4. Bei entsprechenden Risikofaktoren werden grundsätzlich Röntgenaufnahmen hinzugezogen, um ein eventuelles Risiko aufzudecken.
5. Anhand dieses ausführlichen Fragebogens und durch die umfangreichen Untersuchungen können eventuelle Risikofaktoren im Vorfeld festgestellt werden.
6. Bei Unklarheiten sprechen Sie bitte mit mir, **ich setze sonst ihr Behandlungseinverständnis voraus.**



**sven zeissner**  
Heilpraktiker

## KOSTEN DER BEHANDLUNG:

Ich wurde von Herrn Heilpraktiker Sven Zeissner über die voraussichtlichen Kosten der Behandlung wie folgt informiert:

**Erstaufnahme, Untersuchung und Beratung .....ca. 100,00 Euro (ohne Behandlung).....Bei allen Gelenkbeschwerden, und spezieller Notwendigkeit erfolgt eine Ultraschalluntersuchung des Gelenkes.....diese wird mit 20,00 € zusätzlich berechnet.**

Die Erst- und Folgebehandlung(en) ist/sind abhängig von den individuellen Bedürfnissen, und richten sich grob nach dem GebüH (Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker).

Ein paar der wichtigsten Beispiele: (Selbstzahler-Preise Stand 08/2013):

Chiropraktik und osteopathische Behandlungen / Folgebehandlungen - Symptomphase	ca. 55,00 € bis 75,00 €	Reine Beratungen - bis max. 30 Minuten - bis max. 60 Minuten - telefonisch - Kurz	ca. 50,00 € ca. 80,00 € ca. 20,00 €
Akutbehandlung – reine Symptombehandlung / Erste Behandlung innerhalb des Ersttermins	ca. 35,00€ bis 50,00 €	Ultraschall-Diagnostik.....je nach Aufwand	ca. 20 – 60,00 €
Neuraltherapeutische Behandlung nach Huneke, Ozon- Injektionen (inkl. Medikament & Material), sonstige Injektionstherapien	ca. 65,00 €	Ultraschall-Diagnostik - Als Zusatz während der Erstuntersuchung (z.B. der Gelenke)	ca. 20,00 €
Einfache Infusionen, Eigenbluttherapie und ähnliche Verfahren	ca. 30,00 €	Computer Regulations Thermographie (CRT) nach Dr. Rost	ca. 65 -120,00 €
Ozon - Große Eigenbluttherapie	ca. 65,00 €	Ultraschallbehandlung als alleinige Leistung	ca. 20,00 €

### ! Wichtiger Hinweis für Privat-Patienten und HP-Zusatz-Versicherte !:

Alle angegebenen Preise sind Selbstzahler Preise! Privatpatienten werden weitestgehend entsprechend des Höchstsatzes der GebüH (Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker) abgerechnet. Manche Leistungen bieten über die GebüH keine entsprechende Abrechnungsmöglichkeit. Es gelten hier immer mindestens die Selbstzahler-Preise, auch wenn die einzelnen Leistungen, laut GebüH niedriger angesetzt sind.

Bei konkreten Fragen zur Privatabrechnung sprechen Sie mich bitte persönlich an. Ich setze Voraus, dass Sie den Zusatz-Bogen für Privat-Patienten gelesen haben. Dieser wurde Ihnen per Email zugeschickt.

### **WARTEZEITEN**

**Da ich eine reine Bestellpraxis führe kann es durchaus sein, dass Wartezeiten von bis zu 20 Minuten entstehen können. Durch Notfälle, und sonstigen Umständen ist es manchmal nicht möglich pünktlich eine Sitzung zu beenden. Es wird Ihnen trotzdem eine bis zu 30 minütige Behandlung garantiert. Ich bitte die Wartezeit zu entschuldigen. Auch Sie freuen sich vielleicht eines Tages, dass ich bei Ihnen die Zeit überschreite um Ihnen besser helfen zu können.**

Ich bedanke mich im Voraus für Ihr Vertrauen und freue mich, zusammen mit meinem geschultem Team, auf das gemeinsame Arbeiten.

\_\_\_\_\_  
*Unterschrift*

\_\_\_\_\_  
*Ort, Datum*

**Bitte bringen Sie dringend vorhandene Laborbefunde, Röntgenaufnahmen und Befundergebnisse mit!**