



NATURHEILPRAXIS
NATHALIE TEETZ

Patientenaufnahme

Sehr geehrter Patient,
bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen ehrlich und gewissenhaft.
Die Angaben zu Ihrer Person und Krankenvorgeschichte dienen der Klärung Ihres Krankheitsbildes.
Zudem erleichtern Sie unser anschließendes Gespräch.
Ihre Angaben unterliegen selbstverständlich der Schweigepflicht.
Bitte kreuzen Sie das jeweils zutreffende Feld an.

Danke!

Name des Erziehungsberechtigten: _____ Vorname: _____
Name (Kind): _____ Vorname: _____
Geb.-Datum: _____
Straße/Hausnr.: _____
PLZ/Ort: _____
Telefon: _____ (Darf zur Terminbestätigung verwendet werden!)
Krankenkasse: _____ Versicherungs-Nr. _____ Status _____
Haben Sie eine private Zusatzversicherung? ja nein

1. Besondere Angaben zur Person:

Alter _____ Jahre Gewicht _____ kg Größe _____ cm
Blutgruppe (soweit bekannt): _____

Beruf
/Schule: _____

Welche Tätigkeit üben Sie zurzeit aus? _____

Sportlich ja nein Was? _____

2. Risiken:

Sind bei Ihnen bereits Risiken bekannt?

- ja nein Erhöhte Blutfettwerte _____
 ja nein erhöhter Blutdruck _____
 ja nein schwacher Kreislauf _____
 ja nein Herzerkrankungen _____
 Diabetes mellitus Typ 1 ja nein Typ 2 ja nein
 ja nein Erhöhte Harnsäurewerte / Gicht _____
 ja nein Verdauungsprobleme _____
 ja nein Erkrankungen des Verdauungstraktes (Magen, Darm, Leber, Galle, Bauchspeicheldrüse)
Art: _____
 ja nein Nierenerkrankungen _____
 ja nein Rheuma _____
 ja nein Krebserkrankungen: Art: _____
 ja nein Übergewicht _____
 ja nein Untergewicht _____
 ja nein Allergien _____
 ja nein Asthma bronchiale / Neurodermitis _____
 ja nein Heuschnupfen _____
 ja nein Nahrungsmittelallergien _____
 ja nein Andere Allergien (z.B. Nickel, Latex, Vitamin C, Jod, Jodhaltiges Kontrastmittel, Modeschmuck, Kosmetika) _____



3. regelmäßige Medikamenteneinnahmen:

Nehmen Sie zurzeit Medikamente ein?
(z.B. Diuretika, Beta Blocker, Eutyrox)

ja nein

Welche? _____

Seit wann? _____

Dosierung: _____

4. Allgemeine Fragen:

Wann hatten Sie das letzte mal Fieber? _____

Wann haben Sie das letzte mal Antibiotika eingenommen? _____

Leiden Sie an einer ansteckenden Infektionskrankheit (z.B. HIV/ Aids/ Tuberkulose, Hepatitis A/B)?

Waren Sie im Ausland? ja nein

Sind Sie geimpft? ja nein

ja nein Tetanus ja nein Diphtherie ja nein Polio

ja nein Hepatitis A ja nein Hepatitis B

Sonstige _____

Hatten Sie vor 3-6 Wochen eine Erkältung?

ja nein

Sind in ihrer Familie Malignitäten bekannt?

ja nein

Welche? _____

Sind Sie Bluter(in)? ja nein

Nehmen sie Blutverdünnende Medikamente ein (z.B. ASS, Marcumar, Heparin)? ja nein

Welche? _____

Bisherige Operationen:

Jahr: _____ Operation: _____

Jahr: _____ Operation: _____

Jahr: _____ Operation: _____

5. Angabe zur körperlichen Belastung

5.1 Schule & Freizeit:

Überwiegend sitzende Tätigkeit? ja nein

Überwiegend stehende Tätigkeit? ja nein

Viel Bewegung ja nein

Schulzeit _____ Std/Tag

5.2 Freizeit

Hobbys ja nein Welche? _____

Art	Häufigkeit (pro Tag/ Woche)	Dauer (in Minuten/Stunden)

6. Angaben zur Lebensqualität:

Gut ja nein eingeschränkt ja nein sehr eingeschränkt ja nein

7. Essgewohnheit

Regelmäßig ja nein unregelmäßig ja nein

_____ Mahlzeiten pro / Tag

_____ Zwischenmahlzeiten / Tag

Spezielle Kostformen / Diät _____

8. Mahlzeiteneinnahme



NATURHEILPRAXIS
NATHALIE TEETZ

- Zu Hause
 mit Familie/ Partner
 Unterwegs
 in der Schule / Kantine Schnellimbiss
_____mal /Woche _____mal /Woche _____mal /Woche
_____mal /Woche _____mal /Woche _____mal /Woche

9.Trinkverhalten (pro Tag)

- Max.1 Liter 1-1,5 Liter mehr als 2 Liter

Was trinken sie? _____

2.Kinderanamnesefragen:

Fieber / erhöhte Temperatur: ja nein

Seit wann ? _____ Wie hoch? _____

Lage? _____ abgedunkeltes Zimmer / keine Musik / will nicht berührt werden /
(Cave: Meningitis-Masern)

Wie liegt es im Bett? _____ Schonhaltung / Opistotonus / Meningismuszeichen-

Nackensteifigkeit prüfen!

Sind Petechien vorhanden? _____

Ist ein Exanthem vorhanden? ja nein

Wie sieht es aus? _____

Wo hat es angefangen? _____

Liegt eine periorale Blässe / Himbeer – Erdbeerzunge vor? (Scharlach)

Ist der Rachen gerötet oder mit Eiterstippen versehen?

Ist ein Enanthem in der Mundschleimhaut vorhanden? Wie sieht es aus? _____

Sind Lymphknoten geschwollen? Welche?

Bitte bei nucalen LK perlschnurartig an Röteln denken!

In eigener Sache:

Wie sind Sie auf meine Praxis aufmerksam geworden?

Internet z.B. google- maps / Suchmaschine? _____

Durch meine Internetseite? ja nein

Flyer von _____ bekommen.

Empfehlung von Hr./ Fr. _____

Sonstige _____

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit der oben gemachten Angaben:

Datum / Unterschrift Patient /

Erziehungsberechtigter _____



NATURHEILPRAXIS
NATHALIE TEETZ

Medizinische Informationen:

Auch wenn ernste Komplikationen sehr selten sind, bin ich rechtlich gehalten, Ihnen die seltenen Ausnahmefälle darzulegen. So kann es bei Spritzenbehandlungen in den Weichteilen oder an den Nervenwurzeln zu Abzeßbildungen, Blutergüssen, allergischen Reaktionen bis zum allergischen Schock oder sekundärer Nervenschädigungen kommen. Bei der Infusionstherapie sind ebenfalls allergische Reaktionen mit Juckreiz und Hautausschlag möglich.

Bei der Verabreichung von homöopathischen Einzelmitteln in höheren Potenzen (höhere Verdünnungsstufen) kann es durchaus zu Erstreaktionen kommen. Hierbei handelt es sich um positive Reaktionen des Organismus auf die Verabreichung des Medikamentes. Sollten Sie irgendwelche Symptome bemerken, melden Sie sich bitte sofort. Liebe(r) Patient(in), diese Anmerkungen sollen Sie nicht verunsichern. Wir werden in Ihrem und in unserem Interesse alles daransetzen, die Rahmenbedingungen so zu gestalten, dass die oben beschriebenen Risiken auf ein Minimum beschränkt sind.

Ich habe die medizinische Information gelesen und verstanden.

Unterschrift Patient: _____