



NATURHEILPRAXIS  
NATHALIE TEETZ

## Patientenaufnahme /

Sehr geehrter Patient,  
bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen ehrlich und gewissenhaft.  
Die Angaben zu Ihrer Person und Krankengeschichte 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: \_\_\_\_\_ 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): \_\_\_\_\_

Familienstand:  Verheiratet  Lebenspartnerschaft  ledig  verwitwt  Sonstige \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

Welche Tätigkeit üben Sie zurzeit aus? \_\_\_\_\_

Raucher  ja  nein Wie viele Zigaretten/Tag? \_\_\_\_\_

Sportler  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 \_\_\_\_\_  
 ja  nein Herzschrittmacher? \_\_\_\_\_  
 ja  nein Schlaganfall \_\_\_\_\_  
 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 Osteoporose \_\_\_\_\_  
 ja  nein Rheuma \_\_\_\_\_  
 ja  nein Krebserkrankungen: Art: \_\_\_\_\_  
 ja  nein Übergewicht \_\_\_\_\_

Naturheilpraxis N. Teetz

Tel. 02834/462 968 8 - 0

info@teetz-naturheilpraxis.de

Fax 02834/ 462 968 8 - 9

www.teetz-naturheilpraxis.de



NATURHEILPRAXIS  
NATHALIE TEETZ

- ja  nein Untergewicht \_\_\_\_\_  
 ja  nein Allergien \_\_\_\_\_  
 ja  nein Asthma bronchiale / Neurodermitis \_\_\_\_\_  
 ja  nein Heuschnupfen \_\_\_\_\_  
 ja  nein Nahrungsmittelallergien \_\_\_\_\_  
 ja  nein Schuppenflechte (Psoriasis) \_\_\_\_\_  
 ja  nein Nesselsucht \_\_\_\_\_  
 ja  nein Andere Allergien (z.B. Nickel, Latex, Vitamin C, Jod, Jodhaltigeskontrastmittel, Modeschmuck, Kosmetika) \_\_\_\_\_

### **3. regelmäßige Medikamenteneinnahmen:**

Nehmen Sie zurzeit Medikamente ein?

ja  nein

(z.B. Diuretika, Beta Blocker, Eutyrox)

Welche? \_\_\_\_\_

Seit wann? \_\_\_\_\_

Dosierung: \_\_\_\_\_

Bei weiblichen Patienten besteht zurzeit eine,

Schwangerschaft  ja  nein

Stillzeit  ja  nein

In welcher/welchem Woche /Monat schwanger? \_\_\_\_\_

### **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 oder waren Sie in einer psychologischen/neurologischen Behandlung?  ja  nein

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 Beruf**

Überwiegend leichte / sitzende Tätigkeit?  ja  nein

Überwiegend mittelschwer/ stehende Tätigkeit?  ja  nein

Schwere körperliche Tätigkeit  ja  nein

Arbeitszeit \_\_\_\_\_ Std/Tag

Schichtarbeit  ja  nein Welche? \_\_\_\_\_



## 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. Mahlzeiteinnahme

Zu Hause

mit Familie/ Partner                       als Single / alleine

Unterwegs

Am Arbeitsplatz                       im Auto

Kantine                       Schnellimbiss                       Restaurant

\_\_\_\_\_ 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? \_\_\_\_\_

## 9. Schmerzanamnese:

In welchem Schema treten die Beschwerden auf?

- |   |                                     |
|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> unregelmäßig                                     | <input type="checkbox"/> regelmäßig |
| <input type="checkbox"/> zeitweise  | <input type="checkbox"/> permanent  |
| <input type="checkbox"/> in der Nacht                                     | <input type="checkbox"/> am Tag     |
| <input type="checkbox"/> bei Bewegung                                     | <input type="checkbox"/> in Ruhe    |
| <input type="checkbox"/> nach dem Essen                                   | <input type="checkbox"/> nüchtern   |
| <input type="checkbox"/> bestimmte Körperhaltung (sitzen/ liegen/ laufen) |                                     |

## Unter welchen Bedingungen lassen die Schmerzen nach?

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> in Ruhe   | <input type="checkbox"/> unter Bewegung    | <input type="checkbox"/> während Stress |
| <input type="checkbox"/> in der Nacht                                      | <input type="checkbox"/> am Tag            |   |
| <input type="checkbox"/> vor dem essen                                     | <input type="checkbox"/> nüchtern / Hunger |   |
| <input type="checkbox"/> nach dem Essen                                    | <input type="checkbox"/> nüchtern          |   |
| <input type="checkbox"/> bestimmte Körperhaltung (sitzen / liegen /laufen) |  |   |



NATURHEILPRAXIS  
NATHALIE TEETZ

**Waren Sie wegen Ihrer Beschwerden in ärztlicher Behandlung?**

ja  nein

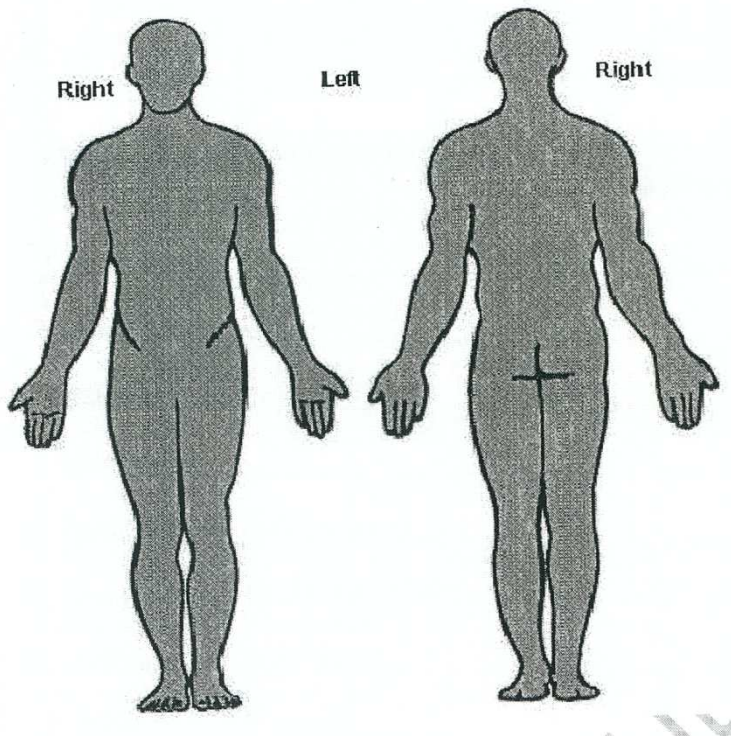
Wann war der letzte Arzt Besuch? \_\_\_\_\_

Grund: \_\_\_\_\_

Gibt es ärztliche Befunde und Laborergebnisse? (bitte beim nächsten Termin, falls möglich mitbringen)

Welche? \_\_\_\_\_

Wo sind Ihre Schmerzen?



**Symbole:**

- |                          |                                |                  |
|--------------------------|--------------------------------|------------------|
| <input type="checkbox"/> | stechend                       | >>>>>>>>         |
| <input type="checkbox"/> | brennend                       | //////////////// |
| <input type="checkbox"/> | schmerzend                     | xxxxxxxxxxxx     |
| <input type="checkbox"/> | ziehend                        | -----            |
| <input type="checkbox"/> | taub                           | oooooooooooo     |
| <input type="checkbox"/> | kribbeln (Parästhesie)         | *****            |
| <input type="checkbox"/> | wie Dornen + Nadeln + Splitter | ^^^              |

Wie stufen Sie die **Schmerzintensität** ein?

1 ----- 5 ----- 10  
1 = geringe Schmerzen / 5 = starke Schmerzen / 10 =

unerträgliche Schmerzen

Naturheilpraxis N. Teetz

Tel. 02834/462 968 8 -0

info@teetz-naturheilpraxis.de

Fax 02834/ 462 968 8 - 9

www.teetz-naturheilpraxis.de



NATURHEILPRAXIS  
NATHALIE TEETZ

### **10. Schlafanamnese:**

- Einschlafstörungen
- Grund: (bitte zutreffendes Unterstreichen / oder ergänzen)  
grübeln / nicht abschalten können / Ängste/ Trauer / \_\_\_\_\_
- Durchschlafstörungen
- Grund: (bitte zutreffendes Unterstreichen / oder ergänzen)  
Nykturie (nächtlicher Harndrang) – Herz - / Nierenerkrankungen?  
Durst (oft abends scharf essen – oder auch tagsüber starken Durst?)  
grübeln / nicht abschalten können / Ängste/ Trauer / \_\_\_\_\_
- Geistige Erschöpfung (viel Arbeit, Stress- z. B. beruflich / Freizeit / Familie  
(Nachwuchs?))
- Depressive Verstimmung
- Sorgen (Krankheit / Partner/ Geld) \_\_\_\_\_
- Wechseljahresbeschwerden (Frauen)
- Lampenfieber
- vor Prüfung
- Besprechung
- Vorstellungsgespräch

### **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** \_\_\_\_\_

**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 daran setzen, 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:** \_\_\_\_\_