

## Anamnese – Fragebogen

Heilpraktiker Löcherer, Matthias Löcherer  
 Isarstraße 14, 83623 Ascholding  
 Tel.: 08171/ 4881920  
 E-Mail: [praxis@heilpraktiker-loecherer.de](mailto:praxis@heilpraktiker-loecherer.de)  
[www.heilpraktiker.loecherer.de](http://www.heilpraktiker.loecherer.de)

Liebe Patientin, lieber Patient,  
 Ich benötige zur bestmöglichen Behandlung Ihrer Probleme einige Angaben. Diese unterliegen selbstverständlich der Schweigepflicht und werden nur zum Zwecke Ihrer Behandlung genutzt. Sollten Sie Probleme beim Ausfüllen dieses Fragebogens haben, oder die Fragestellungen nicht klar sein, sprechen Sie mich an. Bitte bringen Sie auch aktuelle Befunde, Laborwerte, Röntgen oder CT / MRT Bilder mit. Vielen Dank!

Name: \_\_\_\_\_ geb.: \_\_\_\_\_  
 Vorname: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_  
 Straße: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_  
 PLZ/Ort: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_  
 Größe: \_\_\_\_\_ Gewicht: \_\_\_\_\_

Empfehlung durch \_\_\_\_\_

Versicherung:

gesetzlich versichert     Zusatzversicherung für Heilpraktiker     privat versichert

Name der Versicherung/en: \_\_\_\_\_

Hausarzt oder ggf. behandelnder Facharzt:

**Welche Beschwerden führen Sie zu mir?**

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Was haben Sie gegen Ihre Beschwerden bereits unternommen?** z. B. Massagen, Physiotherapie, Spritzen, etc.

---

---

**Liegen aktuelle Befunde vor?** z. B. Röntgenbilder, Laborwerte, etc.

---

---

**Welche Erwartung haben Sie von meiner Behandlung?**

---

---

**Gab es operative Eingriffe?** z. B. Blinddarm, Mandeln, Kaiserschnitt, künstliche Gelenke etc. (Angabe wenn möglich mit Jahr)

---

---

**Hatten Sie einen Knochen- oder Weichteilbruch?** z. B. Schienbeinbruch, Leistenbruch, etc. (Angabe wenn möglich mit Jahr)

---

---

**Hatten Sie Unfälle anderer Art?** z. B. Schleudertrauma , Verletzungen innerer Organe, etc. (Angabe wenn möglich mit Jahr)

---

---

**Haben oder hatten Sie Infektionskrankheiten?**

---

---

**Hatten Sie in den letzten Monaten ungewollten Gewichtsverlust?**

**Nein**  **Ja**

**Haben Sie oft leicht erhöhte Temperatur?**

**Nein**  **Ja**

**Schwitzten Sie nachts sehr stark?**

**Nein**  **Ja**

**Haben Sie nächtliche Schmerzen?**

**Nein**  **Ja**

**Leiden Sie an einer Autoimmunerkrankung?** z. B. Rheuma, M. Crohn, M. Bechterew, M. Hashimoto, etc. (wenn ja, seit wann?)

---

---

**Haben oder hatten Sie Probleme mit Herz, Blutgefäßen oder Blutgerinnung?**

---

---

**Haben oder hatten Sie Probleme mit der Lunge oder der Atmung?**

---

---

**Haben oder hatten Sie Probleme mit Niere, Blase oder Prostata?**

---

---

**Haben oder hatten Sie Probleme mit Leber, Gallenblase, Magen, Bauchspeicheldrüse oder Darm?**

---

---

**Wie oft haben Sie Stuhlgang?** täglich  jeden 2. Tag  weniger   
**Konsistenz des Stuhlgangs?** hart  weich  flüssig

**Haben oder hatten Sie Probleme mit Gebärmutter, Eierstöcken, Hoden oder Penis?**

---

---

**Sind sie schwanger?** Nein  Ja  Vielleicht

**Hatten Sie Geburten?** (wenn ja, wie viele und wann)

---

---

**Gab es Probleme?** (wenn ja, welche?)

---

---

**Hatten Sie Fehlgeburten?** (wenn ja, wie viele und wann)

---

---

**Haben oder hatten Sie Menstruationsbeschwerden?** z. B. starke Bauchschmerzen, keine oder unregelmäßige Menstruation, etc.

---

---

**Haben oder hatten Sie Probleme in den Wechseljahren?** (wenn ja, welche)

---

---

**Haben oder hatten Sie Probleme mit der Schilddrüse?** z. B. Über- oder Unterfunktion, Vergrößerung, Knoten, etc.

---

---

**Leiden Sie unter ständiger Müdigkeit / Leistungsabfall?** Nein  Ja

**Leiden Sie oft unter Kopfschmerzen?**

---

---

**Haben oder hatten Sie Probleme mit Zähnen oder Kiefer?**

---

---

**Haben oder hatten Sie Beschwerden am Bewegungsapparat?** (wenn ja, welche)

---

---

**Haben oder hatten Sie eine psychische Erkrankung?**

---

**Haben oder hatten Sie eine Krebserkrankung oder Zellveränderung?** ( wenn ja, welche und wann)

---

**Nehmen Sie regelmäßig an Vorsorgeuntersuchungen teil?** ( wenn ja, welche)

---

**Leiden Sie an Allergien oder Unverträglichkeiten?** z. B. gegen Medikamente, Pollen, Hausstaub, Lebensmittel, etc.

---

---

**Gibt es oder gab es in Ihrer nahen Verwandtschaft bösartige Erkrankungen, Herz-Kreislaufkrankungen, Schlaganfälle oder ähnliches?** (wenn ja, wer und welche Art der Erkrankung?)

---

---

**Welche Medikamente oder Nahrungsergänzungsprodukte nehmen Sie regelmäßig ein, oder haben Sie bis vor kurzen eingenommen?**

---

---

**Welche Medikamente oder Nahrungsergänzungsprodukte nehmen Sie gelegentlich ein?**

---

**Treiben Sie Sport?** ( wenn ja, welchen und wie oft?)

---

---

**Besteht ein Suchtproblem? (Rauchen, Alkohol, Medikamente, Drogen)**

---

**Wie hoch schätzen Sie Ihr Stresslevel ein?** (Bitte auf der Linie markieren)

kein Stress \_\_\_\_\_ maximaler Stress

## Information zu den Behandlungskosten:

Für eine Behandlung (Dauer ca. 1 bis 1,5 Stunden) müssen Sie mit rund 90- 110 Euro rechnen. Entsprechend dem Aufwand für Untersuchungen und ob bereits eine Behandlung begonnen wurde, sowie dem Aufwand an Material kann dieser Betrag auch höher oder geringer ausfallen. Für Ihren ersten Termin planen Sie bitte mindestens 1,5 Stunden ein.

Die Behandlungskosten beim Heilpraktiker werden durch private Krankenversicherungen und private Zusatzversicherungen entsprechend der vereinbarten Tarife erstattet. Fragen Sie hierzu vor der Behandlung bei Ihrer Versicherung noch einmal an, welche Tarife betreffend Heilpraktiker vereinbart sind. Zudem sind in den verschiedenen Tarifen die erstattungsfähigen Therapieformen festgelegt, welche von den Kassen sehr unterschiedlich bewertet werden. **Sie müssen damit rechnen, dass Ihre Versicherung nur einen Teil der Kosten übernimmt.** Gesetzliche Krankenkassen übernehmen in Deutschland die Kosten für Heilpraktiker leider nicht.

Für Privat- und Zusatzversicherte sowie Selbstzahler wird eine Rechnung auf Grund der Leistungsübersicht der Gebührenordnung für Heilpraktiker (GBüH) erstellt. Der Rechnungsbetrag muss **unabhängig von einer Kostenübernahme** der Krankenkasse innerhalb von 14 Tagen auf das angegebene Konto überwiesen werden. Selbstzahler können die Behandlungskosten gegebenenfalls steuerrechtlich geltend machen.

Grundsätzlich gehe ich davon aus, dass Sie Termine nur in dringenden Fällen verschieben oder absagen. Vereinbarte Termine, die ohne Absage nicht wahrgenommen werden, stelle ich mit 50% der normal anfallenden Behandlungskosten in Rechnung. Der Eingang der Absage wird bis 24 Stunden vor Termin berücksichtigt.

Bei Fragen stehe ich Ihnen gerne zur Verfügung.

**Hiermit bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben und erkläre mich mit der Regelung der Kostenübernahme einverstanden.**

---

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten

Bitte bringen Sie den ausgefüllten Bogen zu Ihrem nächsten Termin wieder mit.

### Kontakt

Heilpraktiker Löcherer  
Matthias Löcherer  
Isarstraße 14

83623 Ascholding

Tel.: 08171/ 4881920

E-Mail: [praxis@heilpraktiker-loecherer.de](mailto:praxis@heilpraktiker-loecherer.de)

[www.heilpraktiker-loecherer.de](http://www.heilpraktiker-loecherer.de)