

Liebe Patientinnen und Patienten bzw. Eltern!

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen (für sich selbst oder Ihr Kind). Sie helfen uns dadurch, Ihr Problem und Anliegen umfassend und angemessen aufgreifen zu können. Alle Angaben unterliegen der **Schweigepflicht**.

Name	Vorname	geboren	Krankenkasse
Aktuelle <u>Wohn-Anschrift</u>: (wo Sie zur Zeit <i>tatsächlich</i> wohnen!) <u>Straße</u>:		Wichtiger betreuender Arzt	
<u>PLZ / Ort</u>:		Wie sind Sie auf diese Praxis gekommen? → Bitte ankreuzen:	
E-Mail		<input type="radio"/> Empfehlung Bekannte <input type="radio"/> Internet Google	
Tel. privat	Arbeit	<input type="radio"/> Empfehlung Arzt <input type="radio"/> Familie / Partner	
Tel. mobil		<input type="radio"/> Krankenkasse <input type="radio"/> Schild am Haus	
Beruf		<input type="radio"/> Gelbe Seiten Internet <input type="radio"/> Youtube	
		<input type="radio"/> Sonstiges:	

1. Mit welchem **Problem** kommen Sie zu mir?
2. Welche Hilfe wünschen Sie? **Schulmedizin – Homöopathie – Hypnotherapie – Kinesiologie – Klopftherapie?**
3. Haben Sie eine **schwere Allergie** (Überempfindlichkeit gegen Medikamente, Insekten, Spritzen)?
4. Hatten Sie **ernstere Unfälle**? Beschwerden seitdem?
5. Hatten Sie größere **Operationen**?
6. Hatten Sie **Krankenhaus-, Kur- oder Klinikaufenthalte**? Warum?
7. Leiden Sie unter einer **chronischen Grunderkrankung** oder regelmäßig wiederkehrenden Beschwerden?
8. Haben Sie **seelische Beschwerden**? (Ängste, Depressionen, Schlafstörungen, Erschöpfung, Trauma, Sonstiges?)
9. Nehmen Sie regelmäßige **Medikamente** ein? Welche? (Pille, Hormone, Schmerzmittel, Beruhigungs-, Schlafmittel)
10. **Welche - auch alternativen - Behandlungen** haben Sie in den letzten Jahren schon erhalten? Welcher Erfolg?

Hinweis: Wir sind für Sie „auf Kasse“ im üblichen Umfang allgemeinmedizinisch tätig. Falls Sie aufwändigere Spezialbehandlungen aus dem ganzheitlichen Bereich wünschen, so sind diese in der Regel kostenpflichtig.
Bitte beachten Sie auch unsere ausführliche und aktuelle **Website im Internet**.



Ich bin einverstanden, ca. 1-2 Mal pro Quartal Informationen zur Organisation, zu Urlaubszeiten, zum Therapieangebot und Tipps zum Thema Gesundheit per Mail zu erhalten. Sie können sich jederzeit wieder abmelden – Auch dürfen wir Sie therapiebezogen per Mail und Tel. kontaktieren. **Bitte Smiley deutlich streichen, wenn dies unerwünscht ist!**

Danke für Ihr Verständnis und Ihre Mitwirkung! - Ihr Praxisteam

(Version 26-06-2018)

Hamburg, den

Unterschrift: