

Alexander Jahn, Heilpraktiker
 Leonrodstr. 14 a
 80634 München
 Tel.: 0160 95 16 88 66
 info@medizindrache.de



Patientenname:

Geburtsdatum:

Beruf:

Familienstand:

Kinder:

Telefon privat:

Telefon beruflich:

E-Mail:

Adresse:

Versicherung:

Tarif:

Fragebogen zur Akupunktur, Kräutertherapie und NAET

Sehr geehrte(r) Patient(in),

es ist mir wichtig, mir vor Beginn Ihrer Behandlung ein Gesamtbild Ihres Gesundheitszustandes zu machen. Bitte beantworten Sie daher die folgenden Fragen. Wenn Sie unsicher sind oder etwas nicht verstehen, kennzeichnen Sie es mit einem „?“.

Aus welchem Grund kommen Sie in die Praxis?

Aufgrund von Beschwerden Zur Vorsorge

Wie äußern sich Ihre Hauptbeschwerden?	verbessert durch:	verschlimmert durch:
1.		
2.		
3.		
4.		

schulmedizinische Diagnose(n) und Behandlungen

Gegenwärtige Medikation			
gegen	Medikation	Dosis	Nebenwirkungen
1			
2			
3			
4			

Kindheit

Gesundheit der Mutter in der Schwangerschaft:

Geburt:

Erstes Lebensjahr:

2tes – 10tes Jahr:

Teenageralter:

Erwachsenenalter

Hauptbeschwerden:

Operation(en):

auffällige Krankheiten in der Familie

Schwanger ja nein

Blutdruck: /

Puls:

Körpergröße:

Gewicht:

Ohnmachtsanfälle:

Leberprobleme: ja nein

Zigaretten pro Tag:

Alkoholkonsum:

körperliche Betätigung (was? Wie oft pro Woche?):

Schmerz: Bitte ordnen Sie den Kennbuchstaben der am ehesten passenden Schmerzqualität dem Schmerzort zu:

a) scharf	b) dumpf	c) prickelnd	d) fixiert / statisch	e) wandernd
f) ausstrahlend	g) Druckgefühl	h) Wundheitsgefühl	i) Schwächegefühl	k) Spannung

in / an Kopf: wo? _____ Migräne Kiefer Nacken
 Schulter Arm Ellenbogen Hand Finger
 Hüfte Bein Knie Fußgelenk Fuß
 oberer Rücken mittlerer Rücken unterer Rücken Steißbein

Bewegung bessert Schmerz Bewegung verschlechtert Schmerz Bewegung bessert erst, dann verschlechtert

Schmerzhafte Beschwerden:

Arthrose Neuralgie häufige Knochenbrüche Gelenkschwellung / -steifheit

neurologische Probleme

Zittern: wo? _____ Schlaganfall Lähmung
 Sprachschwierigkeiten epileptische Anfälle Sonstiges _____

Muskeln: Muskelzucken an: _____ Muskelkrämpfe: Wo? _____ Muskelschwäche: Wo? _____

Hautprobleme: wo?

Trockenheit Juckreiz Ausschlag
 Abblättern Taubheitsgefühle elektrisches Gefühl
 fettig Eiterpickel / -beulen hartnäckige Wunden
 aufbrechend / einreißend Schuppenflechte Neurodermitis

Schwitzen

zu wenig Schweiß zu viel Schweiß kalter Schweiß gelber Schweiß
 nachts bei geringer Anstrengung spontan nach Mahlzeit
 Hitzewallungen Hitze & Kälte abwechselnd Hitze & Kälte gleichzeitig

Aversion gegen bzw. Beschwerden werden schlechter durch:

Wind Kälte Feuchtigkeit Hitze
 Lüftung / Windzug Kälte drinnen / draußen feuchtes / regnerisches Wetter Sommer

Subjektives Gefühl in

- **Körper** eiskalt kalt normal warm heiß
- **Hände und / oder Armen** eiskalt kalt normal warm heiß
- **Beinen und / oder Füßen** eiskalt kalt normal warm heiß
Trockenheit in Mund Nase Augen Ohren Rachen
 Schwindelgefühl Taubheitsgefühl Prickeln in Armen/Beinen

Augen

tränende Augen angestrenzte Augen verschwommenes Sehen
 Sehvermögen eingeschränkt "Mückensehen" – Mouche volantes „lichtscheu“

Ohren

schlechtes Gehör Ohrenschmerz (ggf.: häufig)
 Gehörsturz Ohrenklingeln / Tinnitus Sonstiges _____

Mund

Herpes Mundgeruch Aphten schmerzhafter Gaumen Zungenschmerz
 geringer/ kein Geschmackssinn/ Geruchssinn übermäßiger Speichelfluss

typischer Geschmack im Mund (z. B. morgens beim Aufstehen):

- neutral süß pappig bitter metallisch unsauber seltsam

Hals: häufig Halsschmerz / Schluckbeschwerden Mandelentzündungen häufiges Räuspern

Atmung

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> schwere Atmung | <input type="checkbox"/> Kurzatmigkeit | <input type="checkbox"/> verschleimt |
| <input type="checkbox"/> häufig Erkältung | <input type="checkbox"/> ständiges Naselaufen | <input type="checkbox"/> Nasen-Nebenhöhlen blockiert |
| <input type="checkbox"/> Heuschnupfen | <input type="checkbox"/> häufiges Niesen | <input type="checkbox"/> schaumiger Schleim |
| <input type="checkbox"/> trockener Husten | <input type="checkbox"/> Husten mit viel Schleim | <input type="checkbox"/> Husten mit Blut |
| <input type="checkbox"/> Lungenentzündung | <input type="checkbox"/> Tuberkulose | <input type="checkbox"/> Asthma |

Herz

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Herz Tags Klopfen spüren | <input type="checkbox"/> Herz abends Klopfen spüren | <input type="checkbox"/> Herz nachts Klopfen spüren |
| <input type="checkbox"/> Herzflattern | <input type="checkbox"/> unregelmäßiger Herzschlag | <input type="checkbox"/> Brustschmerz / -Druck |
| <input type="checkbox"/> Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> Herzschrittmacher | <input type="checkbox"/> andere Herzprobleme _____ |

Verdauung

- Essen bevorzugt:** warm kalt **Geschmack bevorzugt:** süß sauer salzig bitter scharf
- Appetit:** ja nein **übermäßig:** ja nein **Völlegefühl:** ja nein
- Übelkeit:** ja nein **Erbrechen:** ja nein Aufstoßen
- Schmerz nach Essen Knoten im Bauch nach Essen Blähung nach Essen
- Magenschmerz Sodbrennen Geschwüre Sonstiges _____

Darm

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> täglich Stuhlgang | <input type="checkbox"/> zweimal oder öfters pro Tag | <input type="checkbox"/> Verstopfung |
| <input type="checkbox"/> Durchfall | <input type="checkbox"/> weicher Stuhl | <input type="checkbox"/> klebriger Stuhl |
| <input type="checkbox"/> schmieriger Stuhl | <input type="checkbox"/> harter /trockener Stuhl | <input type="checkbox"/> Stuhl hart & flüssig gleichzeitig |
| <input type="checkbox"/> Schleim im Stuhl | <input type="checkbox"/> Blut im Stuhl | <input type="checkbox"/> Eiter im Stuhl |
| <input type="checkbox"/> muss vorher massieren | <input type="checkbox"/> kommt schwer raus, kleine Stückchen | |
| <input type="checkbox"/> Schmerz bei Stuhlgang | <input type="checkbox"/> unvollständig / sinkendes Gefühl nach Stuhlgang | |
| <input type="checkbox"/> geschwollener Bauch | <input type="checkbox"/> Bauchkrämpfe | <input type="checkbox"/> Enddarm brennen/jucken |
| <input type="checkbox"/> Hämorrhoiden | <input type="checkbox"/> Divertikel | <input type="checkbox"/> chronische Darmentzündung |
| <input type="checkbox"/> Blähungen | <input type="checkbox"/> Stuhlfarbe _____ | |

Bauchschmerz

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Oberbauch | <input type="checkbox"/> Bauchmitte | <input type="checkbox"/> Unterbauch |
| <input type="checkbox"/> ganzer Bauch | <input type="checkbox"/> Spannungsschmerz | <input type="checkbox"/> stechender Schmerz |
| <input type="checkbox"/> dumpfer Schmerz | <input type="checkbox"/> Dehnung | |

Durst:

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> kein Durst | <input type="checkbox"/> Durst auf kalte Getränke | <input type="checkbox"/> Durst auf warme Getränke |
| <input type="checkbox"/> Durstig, aber nicht trinken wollen | <input type="checkbox"/> Trinken verursacht Aufblähung | <input type="checkbox"/> Trinken löscht Durst nicht |
| | | <input type="checkbox"/> Durst nachts |

Trinkmenge: weniger als 1 Liter pro Tag 1 bis 2 Liter pro Tag viel mehr als 2 Liter pro Tag

Wasserlassen

- | | | |
|--|---|--|
| ___mal pro Tag | <input type="checkbox"/> auffällige Farbe | <input type="checkbox"/> auffälliger Geruch |
| <input type="checkbox"/> brennend/ schmerzhaft | <input type="checkbox"/> ___mal pro Nacht | <input type="checkbox"/> Blut im Urin |
| <input type="checkbox"/> plötzlich dringend | <input type="checkbox"/> kraftlos | <input type="checkbox"/> unterbrochen, verzögert |
| <input type="checkbox"/> angeschwollene Fußknöchel | <input type="checkbox"/> angeschwollene Hände | <input type="checkbox"/> angeschwollenes Gesicht |
| <input type="checkbox"/> Ödeme; wo? _____ | <input type="checkbox"/> häufig Harnwegsinfekte | <input type="checkbox"/> Inkontinenz |

Schlaf

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> schlechtes Einschlafen | <input type="checkbox"/> leichtes Aufwachen | <input type="checkbox"/> schlechtes Durchschlafen |
| <input type="checkbox"/> schlecht wieder einschlafen | <input type="checkbox"/> Unruhe morgens / früh aufwachen | <input type="checkbox"/> viele Träume |
| <input type="checkbox"/> Nachtwandeln / Sprechen | <input type="checkbox"/> Schnarchen | <input type="checkbox"/> Apnoe |
| <input type="checkbox"/> morgens erholt aufwachen | <input type="checkbox"/> Schlafzeit insgesamt | <input type="checkbox"/> übliche Bettgezeit: ___ Uhr |

nächtliches Erwachen durch:

- Gedanken - Gedankenkreisen
- Gedanken - zufällige Gedanken
- ruhig- ohne Gedanken
- Alpträume
- Schmerz
- Sonstiges: _____

Denken

- schlechtes Gedächtnis
- vergesslich
- neblig / sumpfig im Gehirn
- schwierig klar zu denken
- treffe schwer Entscheidungen
- Sonstiges: _____

Typische Emotionen

- gefühlsverarmt
- deprimiert / depressiv
- abgetrennt / distanziert
- traurig, einsam
- leicht reizbar / verärgert
- aggressiv
- unzufrieden
- nie froh / häufig sich beklagen
- ständig nörgelnd
- eher das Negative sehend
- „alles ist ein Drama“
- sehr empfindsam
- leicht angreifbar
- häufig Angst
- leicht enthusiastisch, manisch
- oft besorgt
- leicht Besitz ergreifend
- unsicher, anhänglich
- bekümmert
- Schwierigkeit loszulassen
- ziehe mich gerne zurück
- Angst Fehler zu machen
- Angst vor Kontrollverlust
- leicht verzweifelt
- leicht frustriert
- unentschlossen
- launisch
- wenig Selbstvertrauen
- Sonstiges _____

Infektionskrankheiten

- Borreliose
- Epstein-Barr-Virus
- Hepatitis A / B / C
- Sonstiges _____

Haben Sie jemals eine der folgenden Belastungen gehabt?

- Blutarmut
- hoher Blutdruck
- niedriger Blutdruck
- Diabetes
- Schilddrüsenüberfunktion
- Schilddrüsenunterfunktion
- Hypoglykämie
- Gallensteine
- Lebererkrankung
- Nierenerkrankung
- Osteoporose
- Krebs
- Hernie/Leistenbruch
- Amalgam-Füllungen: entfernt ausgeleitet

Verschiedenes

- leicht Blutergüsse
- blute leicht
- Nasebluten
- langsames Heilen
- Krampfadern
- häufig Knochenbrüche
- oft krank (außer Erkältung)
- hyperaktiv
- Sonstiges _____

Fortpflanzungssystem Mann bzw. Frau: Unfruchtbarkeit

Männer

- Prostatabeschwerden
- Schmerz / Juckreiz in / an Hoden
- Impotenz /schwache Erektion
- Libido reduziert
- Libido übermäßig
- Spermienausfluss (Tag / Nacht)
- vorzeitige Ejakulation
- Spermienbeweglichkeit reduziert
- Spermienqualität reduziert

Frauen

- Brustschmerzen
- Brustknoten
- Zysten /Myome in _____
- Endometriose
- Hysterektomie
- Hormontherapie
- PMS
- Libido reduziert
- Libido übermäßig
- Schwangerschaften _____
- Fehlgeburten _____
- postnatale Erschöpfung
- postnatale Depression
- Vagina: trocken / juckend / schmerzhaft / wund
- Leukorrhoe übermäßig
- Leukorrhoe starker Geruch
- Leukorrhoe wenig
- häufig Candida-Infektion
- Sonstiges _____

Menstruationszyklus:

- Ich bin vor in nach den Wechseljahren
- regelmäßig
- Zykluslänge _____
- Dauer der Blutung _____
- geschwollener Bauch
- Krämpfe
- Brustspannen
- emotionale Schwankungen

Menstruationsblut

- Farbe _____
- schwere Blutungen
- leichte Blutungen
- schleimig
- klumpig

Erfolgen allergische Reaktion bzw. Unverträglichkeitsreaktionen auf bestimmte Stoffe wie z. B.:

Allergen	Art der Reaktion
Lebensmittel	_____
Blütenstaub/Pollen	_____
Staub	_____
Chemikalien	_____
Parfüm	_____
Medikamente	_____
Latex	_____
Pilze	_____
Tiere	_____
Insekten	_____
Rauch	_____
Impfungen	_____
Umwelt	(z.B. Sonnenstrahlung, Abgase usw.) _____

Haben Sie jemals eine **sehr schwerwiegende allergische** Reaktion gehabt
(z.B. Nesselsucht, geschwollene Kehle, schwere Atmung, anaphylaktischer Schock)? ja nein
Gegen was? _____ **Art der Reaktion:** _____

Hatten Sie jemals eine schwerwiegende emotionale Reaktion wie z.B. Trauma oder Schock?

Erkrankungen der Eltern?

Mutter:

Vater:

Behandlungsvereinbarung

Sie sind bei mir in Behandlung eines Heilpraktikers.

Ich behandle im Sinne der Naturheilkunde, was bedeutet:

- die Kosten werden von gesetzlichen Krankenversicherung nicht übernommen.
- die Behandlung umfasst insbesondere schulmedizinisch nicht anerkannte Heilverfahren.
- eine Erstverschlimmerung ist möglich.

Eine Behandlungseinheit dauert 50 Minuten.

Ich rechne für Privat-Versicherte und Beihilfeberechtigte nach dem Gebühren-Verzeichnis für Heilpraktiker (GebüH) ab.

Wenn die private Krankenversicherung, private Zusatzversicherung oder Beihilfe die entstehenden Kosten nicht oder nur teilweise übernimmt, trägt der Patient für eine entsprechende Klärung selbst Sorge. Etwaige Differenzen zwischen meinem Honorar und dem Erstattungsbetrag sind vom Patienten zu tragen.

Als Selbstzahler können Sie mit ca. 70 Euro für 50 Minuten, und mit 110 bis 120 Euro für 80 Minuten rechnen, je nach Aufwand.

Die Bezahlung ist am Behandlungstag gewünscht.

Bei Nichterscheinen berechne ich den vollen Satz. Absage mindestens 24 Stunden vor dem Termin.

Ich freue mich, Sie in Ihrer Gesundheit zu unterstützen.

Ort, Datum

Unterschrift (Patient/in bzw. Erziehungsberechtigter)

Vielen Dank für Ihre Mithilfe! Bitte teilen Sie mir Änderungen der obigen Angaben mit.

Aufklärung über Behandlung mit Akupunktur



Nebenwirkungen

Bei dieser Therapie treten nur sehr selten Nebenwirkungen auf, aber es könnten auftreten:

- Müdigkeit bzw. vorübergehende übermäßige Entspannung nach der Behandlung, unter Umständen mit Beeinträchtigung der Verkehrstüchtigkeit
- Störungen der Kreislaufregulation mit Blutdruckabfall, Herzrhythmusstörungen und Schwindel
- Schmerz durch vorübergehende Nervenreizungen, evtl. mit Sensibilitätsstörung in der Einstichregion
- Blutungen und Blutergüsse, durch die Verletzung kleiner Blutgefäße an der Einstichstelle
- Beim Stechen der Akupunkturnadeln besteht ein sehr geringes Risiko einer Infektion.
- Aktivierung von bereits vorhandenen, noch nicht ausgebrochenen Krankheitsprozessen
- vorübergehende, sehr selten auch länger bestehende Verschlechterung des behandelten Leidens (so genannte „Erstverschlimmerung“)
- Vorübergehende Reaktionen wie Schwitzen, Schwächegefühl, „Nadelkollaps“
- Benommenheit, Schlafstörungen, Übelkeit, Erbrechen, u. ä.
- Emotionale Reaktionen wie Angst, Panik, Euphorie, Lethargie u. ä.
- Hautreaktionen
- Verletzung innerer Organe, z.B. Herz, Lunge (nicht bei sachgerechter Anwendung)
- In extrem seltenen Fällen kann eine Akupunkturnadel abbrechen, was einen operativen Eingriff erforderlich machen kann
- Mögliche lokale Hautverbrennung bei der Wärmebehandlung (Moxibustion)

Falls Nebenwirkungen auftreten sollten, werden ggf. sofort Gegenmaßnahmen ergriffen.

Bei einer Wärmebehandlung (Moxibustion) sagen Sie mir bitte, wenn Ihnen die Wärmequelle zu heiß erscheint. Treten zu einem späteren Zeitpunkt Nebenwirkungen auf, bitte ich um sofortige Rücksprache und gegebenenfalls Wiedervorstellung.

Relative Kontraindikationen

Absolute Kontraindikationen für die Akupunktur sind bisher nicht bekannt.

Jedoch führe ich in folgenden Fällen die Akupunktur nur unter besonderer Abwägung durch:

- Schwangerschaft,
- Blutgerinnungsstörung (z.B. Hämophilie), Thromboseprophylaxe (z. B. mit Marcumar),
- verminderte Blutplättchen (Thrombozytopenie) u.a.
- Psychiatrische Erkrankungen (z.B. akute, schwere Depression, Neurose),
- Entzündete, bestrahlte oder anderweitig verletzte Hautareale,
- Kontaktallergien (z.B. Nickel oder Chrom) wegen der verwendeten Stahlnadeln
- Akut lebensbedrohliche Erkrankungen,
- Krampfleiden (Epilepsie),
- Schweren Grunderkrankungen (z.B. schwere Krebserkrankung im Endstadium).

München, _____

Ort, Datum, Unterschrift des Therapeuten Herrn Jahn

Einverständniserklärung

Ich fühle mich über die geplante Akupunktur-Behandlung ausreichend gut informiert und bin mit der Durchführung einverstanden. Über die möglichen Nebenwirkungen bin ich von Herrn Jahn aufgeklärt worden.

Mir sind keine der o.g. Kontraindikationen bekannt. Ich habe keine weiteren Fragen und willige hiermit nach ausreichender Bedenkzeit in die geplante Behandlung ein.

Ort, Datum, Unterschrift des Patienten / der Patientin bzw. des Erziehungsberechtigten