

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



Fragebogen zur Akupunktur, Kräutertherapie und NAET

Sehr geehrte(r) Patient(in),

es ist mir wichtig, mir vor Beginn Ihrer Behandlung ein Bild 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 Beschwerden?

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.

schulmedizinische Diagnose(n) und Behandlungen

Gegenwärtige Medikation			
gegen Beschwerde	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

Patientenname:

Geburtsdatum:

Beruf:

Familienstand:

Kinder:

Telefon privat:

Telefon beruflich:

e-mail:

Adresse:

Versicherung:

Tarif:

Schwanger ja nein

Blutdruck: / **Puls:**

Ohnmachtsanfälle:

Leberprobleme: ja nein

Zigarettenkonsum pro Tag:

Alkoholkonsum:

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

Körpertemperatur

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> oft heiß | <input type="checkbox"/> oft kalt | <input type="checkbox"/> Fieber |
| <input type="checkbox"/> zu wenig Schweiß | <input type="checkbox"/> zu viel Schweiß | <input type="checkbox"/> kalter Schweiß |
| <input type="checkbox"/> Nachtschweiß | <input type="checkbox"/> Vorlieben Raumtemperatur: | |

Appetit: ja nein

übermäßig: ja nein

Völlegefühl: : ja nein

Übelkeit: ja nein

Erbrechen: ja nein

Verdauung

- Essen bevorzugt warm kalt
- Bevorzugte Nahrungsmittel: süß sauer salzig bitter scharf
- | | | |
|---|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Magenschmerzen | <input type="checkbox"/> Sodbrennen | <input type="checkbox"/> Aufstoßen |
| <input type="checkbox"/> Geschwüre | <input type="checkbox"/> Sonstiges _____ | |

Darm

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> täglich Stuhlgang | <input type="checkbox"/> mehr als zweimal pro Tag | <input type="checkbox"/> jeden 2ten Tag oder seltner |
| <input type="checkbox"/> Durchfall | <input type="checkbox"/> weicher Stuhl | <input type="checkbox"/> harter Stuhl |
| <input type="checkbox"/> Schleim im Stuhl | <input type="checkbox"/> Blut im Stuhl | <input type="checkbox"/> Divertikel |
| <input type="checkbox"/> chronische Darmentzündung | <input type="checkbox"/> Bauchkrämpfe | <input type="checkbox"/> Blähungen |
| <input type="checkbox"/> Enddarm brennen/jucken | <input type="checkbox"/> Hämorrhoiden | <input type="checkbox"/> geschwollener Bauch |
| <input type="checkbox"/> Stuhlfarbe _____ | <input type="checkbox"/> Sonstiges _____ | |

Durst: ja nein

Trinkmenge:

Harnwegsinfekte ja nein

Ödeme ja nein

Wasserlassen

- | | | |
|--|---|--|
| ____mal pro Tag | <input type="checkbox"/> auffällige Farbe | <input type="checkbox"/> auffälliger Geruch |
| <input type="checkbox"/> brennend/ schmerzhaft | <input type="checkbox"/> häufig nachts | <input type="checkbox"/> Blut im Urin |
| <input type="checkbox"/> angeschwollene Fußknöchel | <input type="checkbox"/> angeschwollene Hände | <input type="checkbox"/> angeschwollenes Gesicht |
| <input type="checkbox"/> Inkontinenz | <input type="checkbox"/> häufig Harnwegsinfekte | <input type="checkbox"/> Sonstiges _____ |

Augenprobleme

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> tränende Augen | <input type="checkbox"/> trockene Augen | <input type="checkbox"/> angestrengte Augen |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges _____ | | |

Ohrenprobleme

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> schlechtes Gehör | <input type="checkbox"/> häufig Ohrenschmerzen | <input type="checkbox"/> Ohrenklingeln |
| <input type="checkbox"/> Gehörsturz | <input type="checkbox"/> Sonstiges _____ | |

Mund

- | | | |
|--|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Herpes | <input type="checkbox"/> Aphten | <input type="checkbox"/> geringer/ kein Geschmackssinn |
| <input type="checkbox"/> geringer/kein Geruchssinn | <input type="checkbox"/> Mundgeruch | <input type="checkbox"/> Sonstiges _____ |

Hals

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> häufig Halsschmerzen | <input type="checkbox"/> Mandelentzündungen | <input type="checkbox"/> Mandeln entfernt |
| <input type="checkbox"/> trockener Hals | <input type="checkbox"/> Schluckbeschwerden | <input type="checkbox"/> Sonstiges _____ |

Haut

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> trocken, wenn ja, wo? | <input type="checkbox"/> Juckreiz | <input type="checkbox"/> Ausschlag |
| <input type="checkbox"/> Ekzem | <input type="checkbox"/> Schuppenflechte | <input type="checkbox"/> Neurodermitis |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges _____ | | |

Lungen

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> schwere Atmung | <input type="checkbox"/> Kurzatmigkeit | <input type="checkbox"/> verschleimt |
| <input type="checkbox"/> häufig Erkältungen | <input type="checkbox"/> Nase läuft ständig | <input type="checkbox"/> Nebenhöhlenentzündungen |
| <input type="checkbox"/> Heuschnupfen | <input type="checkbox"/> häufiges Niesen | <input type="checkbox"/> Asthma |
| <input type="checkbox"/> Husten mit Blut | <input type="checkbox"/> Lungenentzündung/Pneumonie | <input type="checkbox"/> Tuberkulose |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges _____ | | |

Herz

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Herzklopfen / Herzflattern | <input type="checkbox"/> unregelmäßiger Herzschlag | <input type="checkbox"/> Brustschmerzen |
| <input type="checkbox"/> Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> Herzschrittmacher | <input type="checkbox"/> andere Herzprobleme _____ |

Kreislauf

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> kalte Hände | <input type="checkbox"/> kalte Füße | <input type="checkbox"/> Taubheitsgefühl |
| <input type="checkbox"/> Prickeln in Armen/Beinen | <input type="checkbox"/> Schwindelgefühl | <input type="checkbox"/> Sonstiges _____ |

Muskeln

- Muskelkrämpfe: Wo? _____ Muskelschwäche: Wo? _____

neurologische Probleme

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Zittern | <input type="checkbox"/> Muskel-Gesichtszucken | <input type="checkbox"/> Muskelzucken allgemein |
| <input type="checkbox"/> epileptische Anfälle | <input type="checkbox"/> Schlaganfall | <input type="checkbox"/> Lähmung |
| <input type="checkbox"/> Sprachschwierigkeiten | <input type="checkbox"/> Sehvermögen eingeschränkt | <input type="checkbox"/> Sonstiges _____ |

Schmerz

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Kopfschmerz | <input type="checkbox"/> Migräne | <input type="checkbox"/> Nackenschmerz |
| <input type="checkbox"/> Schulterschmerz | <input type="checkbox"/> oberer Rücken | <input type="checkbox"/> Gelenkschmerz |
| <input type="checkbox"/> Schmerzen im Arm | <input type="checkbox"/> Schmerz im Ellenbogen | <input type="checkbox"/> Schmerz in der Hand |
| <input type="checkbox"/> mittlerer Rücken | <input type="checkbox"/> Lendenwirbelbereich | <input type="checkbox"/> Hüftschmerz |
| <input type="checkbox"/> Beinschmerz | <input type="checkbox"/> Knieschmerz | <input type="checkbox"/> Fußknöchel/-gelenk |
| <input type="checkbox"/> Arthrose | <input type="checkbox"/> Gelenkschwellung / -steifheit | <input type="checkbox"/> Neuralgie |
| <input type="checkbox"/> häufig gebrochene Knochen | <input type="checkbox"/> Kieferproblem | <input type="checkbox"/> Sonstiges _____ |

Haben Sie jemals eine der folgenden Belastungen gehabt?

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Blutarmut | <input type="checkbox"/> hohen Blutdruck | <input type="checkbox"/> niedrigen Blutdruck |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenüberfunktion | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenunterfunktion |
| <input type="checkbox"/> Hypoglykämie | <input type="checkbox"/> Gallensteine | <input type="checkbox"/> Leberkrankheit |
| <input type="checkbox"/> Nierenkrankheit | <input type="checkbox"/> Osteoporose | <input type="checkbox"/> Krebs |
| <input type="checkbox"/> Hernie/Leistenbruch | <input type="checkbox"/> Amalgam-Füllungen: <input type="checkbox"/> entfernt <input type="checkbox"/> ausgeleitet | |

Verschiedenes

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> leicht Blutergüsse | <input type="checkbox"/> Krampfadern | <input type="checkbox"/> blute leicht |
| <input type="checkbox"/> Nasebluten | <input type="checkbox"/> langsames Heilen | <input type="checkbox"/> häufig Knochenbrüche |
| <input type="checkbox"/> oft krank (außer Ekältung) | <input type="checkbox"/> hyperaktiv | <input type="checkbox"/> Sonstiges _____ |

Infektionskrankheiten

- | | | |
|---|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Borreliose | <input type="checkbox"/> Eppstein-Barr-Virus | <input type="checkbox"/> Hepatitis |
| <input type="checkbox"/> Pilz-Infektion (Candida) | <input type="checkbox"/> Sonstiges _____ | |

Fortpflanzungssystem

Männer

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Prostatabeschwerden | <input type="checkbox"/> Hodenschmerz | <input type="checkbox"/> Impotenz |
| <input type="checkbox"/> Sex ist befriedigend | <input type="checkbox"/> Sexuell übertragbare Krankheiten _____ | <input type="checkbox"/> Sonstiges _____ |

Frauen

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Scheidenjuckreiz | <input type="checkbox"/> häufige Kandidainfektion | <input type="checkbox"/> Brustzyste |
| <input type="checkbox"/> Brustschmerzen | <input type="checkbox"/> Zysten /Myome | <input type="checkbox"/> Endometriose |
| <input type="checkbox"/> Unfruchtbarkeit | <input type="checkbox"/> Hormontherapie | <input type="checkbox"/> PMS |
| <input type="checkbox"/> Schwangerschaften _____ | <input type="checkbox"/> Fehlgeburten _____ | <input type="checkbox"/> postnatale Erschöpfung |
| <input type="checkbox"/> postnatale Depression | <input type="checkbox"/> Hysterektomie | <input type="checkbox"/> Sex ist befriedigend |
| <input type="checkbox"/> Sexuell übertragbare Krankheiten _____ | | <input type="checkbox"/> Sonstiges _____ |

Menstruationszyklus

Ich bin

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> vor den Wechseljahren | <input type="checkbox"/> in den Wechseljahren | <input type="checkbox"/> nach den Wechseljahren |
| <input type="checkbox"/> regelmäßig | <input type="checkbox"/> Zykluslänge _____ | <input type="checkbox"/> Dauer der Blutung _____ |
| <input type="checkbox"/> geschwollener Bauch | <input type="checkbox"/> schwere Blutungen | <input type="checkbox"/> leichte Blutungen |
| <input type="checkbox"/> Krämpfe | <input type="checkbox"/> Brustspannen | <input type="checkbox"/> emotionale Schwankungen |

Menstruationsblut

- | | | |
|--------------------------------------|----------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Farbe _____ | <input type="checkbox"/> klumpig | <input type="checkbox"/> schleimig |
|--------------------------------------|----------------------------------|------------------------------------|

Schlaf

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> schlechtes Einschlafen | <input type="checkbox"/> leichtes Aufwachen | <input type="checkbox"/> schlechtes Durchschlafen |
| <input type="checkbox"/> Schwierigkeit wieder einzuschlafen | <input type="checkbox"/> Unruhe am Morgen | <input type="checkbox"/> unangenehme Träume |
| <input type="checkbox"/> Alpträume | <input type="checkbox"/> Sonstiges _____ | |

Denken

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> schlechtes Gedächtnis | <input type="checkbox"/> vergesslich | <input type="checkbox"/> neblig / sumpfig im Gehirn |
| <input type="checkbox"/> schwierig klar zu denken | <input type="checkbox"/> treffe schwer Entscheidungen | <input type="checkbox"/> Sonstiges _____ |

Typische Emotionen

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> traurig, einsam | <input type="checkbox"/> häufig Angst | <input type="checkbox"/> leicht enthusiastisch, manisch |
| <input type="checkbox"/> oft besorgt | <input type="checkbox"/> leicht Besitz ergreifend | <input type="checkbox"/> unsicher, anhänglich |
| <input type="checkbox"/> bekümmert | <input type="checkbox"/> Schwierigkeit loszulassen | <input type="checkbox"/> ziehe mich gerne zurück |
| <input type="checkbox"/> Angst Fehler zu machen | <input type="checkbox"/> Angst vor Kontrollverlust | <input type="checkbox"/> leicht verzweifelt |
| <input type="checkbox"/> oft ärgerlich | <input type="checkbox"/> leicht reizbar | <input type="checkbox"/> leicht frustriert |
| <input type="checkbox"/> unentschlossen | <input type="checkbox"/> launisch | <input type="checkbox"/> wenig Selbstvertrauen |
| <input type="checkbox"/> depressiv | <input type="checkbox"/> Sonstiges _____ | |

Haben Sie bei folgenden Stoffen eine allergische Reaktion?

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 60 bis 70 Euro für 50 Minuten, und mit 100 bis 120 Euro für 80 Minuten rechnen, je nach Aufwand.

Die Bezahlung ist auch am Behandlungstag gewünscht.

Bei Nichterscheinen berechne ich den vollen Satz.

Ich freue mich, Sie in Ihrer Gesundheit zu unterstützen.

Ort, Datum

Unterschrift (Patient/in)

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 Schmerz und 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),
- Schwere Grunderkrankungen (z.B. schwere Krebserkrankung im Endstadium).

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