

Praxis für Akupunktur, Shiatsu Massage und Chinesische Medizin

Anmelde- und Diagnosebogen

Geben Sie uns bitte **vor allem Ihre Mobilnummer und e-mail** damit wir Sie z.B. bei Terminänderungen und bei dringenden Angelegenheiten gut erreichen können und Terminerinnerungen verschicken können. Zur Durchführung der Therapie brauchen wir ihre **Unterschrift auf der Mitte dieser Seite**. VIELEN DANK

- Heutiges Datum : _____
- Vorname und Nachname : _____
- Geburtsdatum : _____
- Strasse, Hausnummer : _____
- PLZ, Stadt : _____
- Telefon Festnetz : _____
- **Mobilnummer** : _____
- **Email Adresse** : _____

WICHTIGE INFORMATIONEN ZUR KENNTNISNAHME

1. Chinesische Heilkräuter: Falls eine Behandlung mit Kräutern gewünscht ist wird für das Erstellen der individuellen Rezepturen gemäß Diagnose etwas von der Praxis berechnet. Zusätzlich werden die Kräuter selbst von der Apotheke verschickt und bei dieser vom Patienten mit Überweisung bezahlt. (Siehe Preisliste auf Infoblatt)

2. Datensicherheit: Ihre Kontaktdaten werden zum Zweck der Durchführung und Organisation der Behandlung gespeichert und ggf. an eine Apotheke und an eine Rechnungsstelle weitergeleitet (Versand von Rezepten bzw. Rechnungen). Sie erhalten keine Werbung.

3 Ausfallshonorar: Bei kurzfristigen Terminänderungen weniger als 48 Stunden vorher kann die für Sie exklusiv und verbindlich reservierte Stunde nicht neu belegt werden. Wir vertrauen Ihnen und gehen davon aus, dass eine Terminänderung wirklich notwendig ist. Wir teilen uns den für die Praxis entstehenden Verlust und Sie erhalten eine **schriftliche Rechnung über 50%** der zu erwartenden Kosten. **Dies ist stets und in jedem Fall so, unabhängig vom Grund Ihrer Terminänderung.** (80% fallen an, falls ein Termin ohne Benachrichtigung nicht wahrgenommen wird) Wir gehen davon aus, dass Sie mit dieser Regelung einverstanden sind, wenn Sie Termine machen.

Ich habe obige Informationen bezüglich 1. Heilkräutern 2. Datensicherheit und 3. Ausfallshonorar zur Kenntnis genommen und das Info-Blatt erhalten, auf welchem die 3 Punkte stehen.

X Unterschrift : _____

DIAGNOSTISCHE FRAGEN:

Ich leide momentan unter folgenden Erkrankungen :

In der Vergangenheit hatte ich folgende schwere Erkrankungen oder Unfälle :

Ich nehme folgende Medikamente ein:

Ich habe insbesondere: eine frische Operation Krampfadern Osteoporose Bandscheibenvorfälle Eine psychische Erkrankung

Sind Sie schwanger ? JA NEIN

Mir ist leicht : Warm heiss kühl kalt alles normal

Ggf In welchen Situationen / wann ?

BITTE WENDEN ---->

Ich schwitze : fast nicht wenig viel sehr stark alles normal

Ggf In welchen Situationen / wann ?

Mein Stuhlgang ist allgemein :
Sehr Weich Weich Normal Hart Sehr Hart Wechselhaft

Mein Urin ist allgemein (ggf mehreres ankreuzen):
Dunkel Sehr Hell Viel Wenig Häufiges Wasserlassen Seltenes Wasserlassen

Wie ist Ihre Stuhlfrequenz ? (ZB 1x täglich, 2x die Woche)

Ich habe folgende Probleme mit den Sinnesorganen (Z.B. Augen, Ohren, Schmecken, Tasten , Hören , ..) :

Ich habe Schmerzen - falls ja - wo und welcher Art ?

Meine Hände und / oder Füße sind besonders kalt / warm / schwitzig. Bitte genauer erläutern. (Z.B. kalte Hände + Füße)

Ich habe Probleme mit der Haut - falls ja - wo und welcher Art ? (Z.B. Rötung, Flechten, Jucken, Psoriasis, ...)

Ich habe ungewöhnliche Empfindungen - falls ja - wo und was genau ? Z.B. (Z.B. Jucken, Drücken, Taubheit)

Ich habe folgende Missempfindungen / Schmerzen / Probleme im Bereich Bauch / Brust / Flanken :
(Z.B. Druck, Ziehen, Stechen, Jucken, Blähbauch, PMS, ...)

Ich schlafe täglich im Schnitt folgende Zahl von Stunden:

Ich habe Probleme mit: Einschlafen Durchschlafen Morgens gut rauskommen

Mein Appetit ist : sehr gering gering normal gut sehr gut

Ich habe Durst : sehr wenig wenig normal viel sehr viel

Tagsüber fühle ich mich im Schnitt : sehr müde / erschöpft müde / erschöpft normal voller Energie

Ich leide unter seelischen Problemen :
Depression Angst Wut **Andere seelische Probleme:**

Besonderheiten bzgl der Regel : Schmerzen, wenig / viel Blutung, hell / dunkel, Zyklus, :

Folgende Beschwerden habe ich noch / Folgendes ist mir noch wichtig

BITTE WENDEN ---->