



Mana Ilona Böttcher  
Heilpraktikerin

Name, Vorname .....

Str./Nr..... PLZ/Ort .....

Geburtstag ..... Familienstand .....

Beruf/Tätigkeit ..... Hausarzt .....

Telefon/Mobil ..... Zahnarzt .....

e-mail .....

Krankenkasse ..... Privat  Gesetzlich

Heilpraktiker Zusatzversicherung: ja  nein

.....

**Größe**.....cm      **Gewicht**.....kg      **Blutgruppe**.....

Welche **Symptome oder Diagnosen** führen Sie zu mir?

.....  
.....  
.....

**Blutdruck**    niedrig    normal    Bluthochdruck

Erwähnenswerte Krankheiten in Ihrer Familie: ja  nein  (Mutter/Vater/Geschwister)

Wenn ja, folgende:

.....  
.....

Welche **Medikamente, Homöopathie, Vitamine, Nahrungsergänzungsmittel** nehmen Sie derzeit ein?

.....  
.....  
.....

## Ernährung

Mischkost  Vegetarisch  Vegan  Carnivor  Low Carb  Keto  Paleo  Diät   
„Gesund & aktiv“ Ernährungsplan  Andere .....

Wieviel Wasser nehmen Sie ca. pro Tag zu sich?  500ml  1000ml  1500ml - 2000ml  mehr

**Augengesundheit:** Sehkraft gut: ja  nein  Sehhilfe: ja  nein

Andere Augenerkrankungen.....

## Genuss- / Rauschmittel

Rauchen Sie (E) Zigarette? ja  nein  Wenn ja, seit..... Stück / ml am Tag

Andere Genuss- oder Rauschmittel, Alkohol? ja  nein

Wenn ja welche und wie häufig?.....

Ihre Sportarten/Entspannung/Aktivitäten: .....

.....

## Hygiene

Zahnpasta: ..... Deo:.....

Bodylotion: .....

**Ihre Impfungen:** .....

.....

## Unfälle / Verletzungen

Welche **Unfälle** oder **Verletzungen** gab es in der Vergangenheit?

.....

## Operation

Wurden Sie schon einmal operiert? ja  nein

Wenn ja, wann und woran wurden Sie operiert?

.....

## 222Erholung / Schlaf

Wie viel Stunden schlafen Sie ca. pro Nacht .....

Fühlen Sie sich meistens beim aufwachen gut ausgeruht und fit für den Tag? ja  nein

Haben Sie Schlafstörungen? ja  nein

Wenn ja, wie folgt:.....

## Stress / Belastung

Wie stufen Sie Ihren Stresslevel ein von 0 bis 10 .....

Fühlen Sie sich derzeit psychisch belastet?

- Familie    Partnerschaft    Kinder    Beruf / Studium    Trauerfall
  - Pflege von Angehörigen    Sonstiges.....
- .....

## Elektrostress?

Benutzen Sie regelmäßig ein Handy?  ja    nein

Tragen Sie das Handy überwiegend am Körper?  ja    nein

Wie viele Stunden arbeiten Sie tgl. am Computer? .....Std./Tag

Haben Sie Elektrogeräte im Schlafzimmer/um das Bett herum?  ja  nein

Welche?

---

## Zahngesundheit

Ich neige zu Zahnfleischentzündungen:  ja    nein

Trifft zu:  Zahnwurzelbehandlungen    Implantat \_\_\_\_Stück    Amalgam Füllungen

andere Füllungen    Sonstiges.....

## Immunsystem

Sind Sie Infektanfällig?  ja    nein

Trifft zu:  grippale Infekte    Nasennebenhöhle/Sinusitis    Mittelohrentzündung

Harnwegsinfekte    Sonstige (z.B. Hepatitis, Epstein Barr, Zähne)

.....

Wie oft haben Sie ca. in Ihrem Leben Antibiotika genommen: .....

Die Indikation dafür war:.....

## Magen / Darmgesundheit

Völlegefühl n. d. Essen    Übelkeit n. d. Essen    Blähbauch

Sodbrennen    Vermehrt Aufstoßen    Appetitlosigkeit

abgehende Winde übelriechend    abgehende Winde geruchsneutral

Verstopfung    Tendenz zu weichen Stühlen

Durchfall    Wechsel von Durchfall und Verstopfung    Hämorrhoiden

Stuhlgang täglich    Stuhlgang alle 2-3 Tage

Gastritis    Magengeschwür

Sonstiges .....

## ♀ **Frauengesundheit**

Anzahl der Schwangerschaften? \_\_\_\_\_

Anzahl der Geburten? \_\_\_\_\_ Natürliche Geburt  Kaiserschnitt

Erwähnenswert.....

### **Hormonelle Verhütung/Hormontherapie:**

- Pille Präparat \_\_\_\_\_ Von wann - bis wann \_\_\_\_\_  
 Spirale  Andere Von wann bis wann \_\_\_\_\_

### **Monatsblutung / Zyklus**

- regelmäßig  unregelmäßig  schmerzhaft  starke Blutungen  klumpige Blutung

**PMS** (Prämenstruelles Syndrom = Beschwerden 1-14 Tage vor der Menstruation):

- Kopfschmerzen  Migräne  depressive Verstimmung/Blues  
 Sonstige Beschwerden .....

### **Wechseljahr / Menopause**

Letzte Blutung war vor ca. \_\_\_\_\_ (Monaten/Jahren)

Hormonersatztherapie Präparate .....

Seit wann?..... Dosierung .....

- Hitzewallungen  depressive Verstimmung  Angstzustände  
 Schlafstörungen  Sonstiges .....

.....

.....

## ♂ **Männergesundheit**

Haben Sie Probleme mit dem Wasserlassen?  ja  nein

Leiden Sie an einer Prostatavergrößerung?  ja  nein

PSA-Wert-Erhöhung?  ja (Wert) \_\_\_\_\_  nein

Wurden Sie bereits an der Prostata operiert?  ja  nein

Wenn ja:  Hobelung  Entfernung wann.....

**Ihr Wunsch / Behandlungsziel ist:**

.....

.....

.....

**Behandlungsvertrag**

a) Vertragsgegenstand ist eine Heilpraktiker typische naturheilkundliche Behandlung des Patienten. Die Behandlung umfasst unter anderem, auch wissenschaftlich und schulmedizinisch nicht anerkannte Heilverfahren.

b) Falls Sie einen Folgetermin nicht wahrnehmen können, muss dieser bitte 24 Std. vorher abgesagt werden, damit dieser Termin wieder vergeben werden kann. Bei Nichteinhaltung dieser Vereinbarung, wird der Behandlungstermin voll in Rechnung gestellt.

c) Ich bin von Frau Böttcher über die Behandlung und die damit verbundenen Honorarkosten, nach der Gebührenordnung für Heilpraktiker, aufgeklärt worden. Das Honorar wird direkt im Anschluss mit EC Karte oder bei gewünschter Kassenabrechnung, nach Erhalt der Rechnung, laut Zahlungsziel (und nicht erst nach Rückerstattung meiner Krankenkasse), auf das angegebene Konto überwiesen.

Es ist mir (Patient) bewusst, dass die Kosten von meiner Krankenkasse nicht oder nur teilweise übernommen werden und zahle auch dann die anfallenden Honorarkosten.

.....  
Datum

.....  
Unterschrift Patient