



Christina Stark-Steffens Heilpraktikerin Wiesenweg 5 23684 Scharbeutz-Gleschendorf

Schmerz-Fragebogen

Herzlich Willkommen,

wir möchten Sie gerne optimal und zu Ihrer vollsten Zufriedenheit beraten und behandeln.

Um ganz gezielt auf Ihre individuellen Wünsche einzugehen, benötigen wir neben Ihren Personalien und der Datenschutzerklärung Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand.

Selbstverständlich behandeln wir Ihre Daten ganz vertraulich. Ihre Angaben dienen ausschließlich der Beratung und Behandlung Ihrer Beschwerden.

Wir weisen darauf hin, dass Sie Ihre Behandlungskosten grundsätzlich selbst tragen müssen und nur zum Teil von der privaten KV übernommen werden kann. Labor-, Behandlungs- und Kosten für Nährstoffpräparate und Infusionen werden gesondert berechnet.

Name, Vorname:

Geburtsdatum, -Ort:

Straße, Hausnummer:

Postleitzahl, Ort:

Telefon privat:

Mobil:

Beruf:

Versicherung: gesetzlich privat Heilpraktiker Zusatzversicherung

Aktuelle Beschwerden:

Christina Stark-Steffens Heilpraktikerin Wiesenweg 5 23684 Scharbeutz-Gleschendorf

Seit wann bestehen die aktuellen Beschwerden:

Sind Sie deswegen in (Fach-) ärztlicher Behandlung: Wenn ja, wo:

Bestehen Allergien? Wenn ja, welche:

Hatten Sie vor kurzem eine Operation, Herzinfarkt oder Schlaganfall?

Nehmen Sie Blutverdünner?

Leiden Sie unter chronischen Erkrankungen (inkl. Autoimmunerkrankheiten) und seit wann?

Sind Sie deswegen in (Fach-) ärztlicher Behandlung: Wenn ja, wo:

Welche Medikamente (inkl. Immunsuppressiva) oder Nährstoffpräparate nehmen Sie zurzeit ein?
Name, Dosierung:

Sind Ihnen Nahrungsmittelunverträglichkeiten / -Allergien bekannt? Wenn ja, welche:

Christina Stark-Steffens Heilpraktikerin Wiesenweg 5 23684 Scharbeutz-Gleschendorf

Haben Sie Magen und / oder Verdauungsbeschwerden? (z. B. häufig Verstopfung oder Durchfall, wie häufig Stuhlgang, Blähungen, Völlegefühl, Sodbrennen, Magenprobleme, Herzrasen nach dem Essen, Hämorrhoiden, etc.)

Leiden Sie häufig unter Erkältungskrankheiten? ja nein

Haben Sie in der Vergangenheit Antibiotika ein genommen?
Wenn ja, welche, wann zuletzt?

Wann wurden Sie das letzte Mal geimpft und wogegen? (Bitte auch die Anzahl und Hersteller der Corona Impfung angeben)

Gab es Impfreaktionen oder traten Ihre Beschwerden im Zusammenhang mit einer Impfung auf?

ja nein

Trinken Sie regelmäßig Alkohol? Wenn ja, wann und wieviel?

Rauchen Sie? Wenn ja, wieviel?

Sind Sie bereit, zur Linderung Ihrer Beschwerden, mit meiner Hilfe Ihre Ernährung umzustellen?

Ja Nein

Benötigen Sie Unterstützung, um mit dem Rauchen aufzuhören?

Ja Nein

Ich komme zur Akutbehandlung Ich bin chronisch krank und möchte ursächlich behandelt werden

Auf einer Skala **0 bis -10**, wie stark schätzen Sie Ihre Beschwerden ein?

Christina Stark-Steffens Heilpraktikerin Wiesenweg 5 23684 Scharbeutz-Gleschendorf

Was ist ihr Behandlungsziel? Auf einer Skala **0 bis 10**

Was würde sich in Ihrem Leben verändern, wenn Sie beschwerdefrei wären? Was würden Sie dann am liebsten tun?

In welchem Zeitraum möchten Sie beschwerdefrei sein?

- Ich bestätige alle Angaben richtig gemacht zu haben und erkläre mich einverstanden, die Kosten der Behandlung selbst zu tragen.
- Ich bin mit Hausbesuchen einverstanden (Abrechnung nach GebÜH, zzgl. Fahrtkosten)

Ihr Zahlungswunsch:

- Kartenzahlung Bar Rechnung für das Finanzamt
- Rechnung für Privatversicherung (über die Abrechnungsstelle mit 30 Tagen Zahlungsziel (zzgl. 3,5 % Gebühren))

Sollten Sie Ihren Termin nicht wahrnehmen können, sagen Sie bitte Ihren Termin 48 Std. vorher ab. Nicht rechtzeitig abgesagte Termin werden mit 50% und Terminversäumnisse mit 100% des angedachten Behandlungspreises berechnet.
Vielen Dank für Ihr Verständnis.

- Ich möchte per Email über aktuelle Themen informiert werden und den Newsletter „Gesundheitsgeflüster“ kostenfrei abonnieren (Sie können den Newsletter jederzeit wieder abbestellen)

Ort, Datum

Unterschrift



Christina Stark-Steffens Heilpraktikerin Wiesenweg 5 23684 Scharbeutz-Gleschendorf

Notizen / Sonstiges