



## Anamnese – Fragebogen

Termin am : \_\_\_\_\_

Name	_____	Vorname	_____
Geburtstag	_____	Beruf	_____
E-Mail	_____	Telefon mobil	_____
Straße	_____	Hausnummer	_____
PLZ	_____	Ort	_____

Name der Zusatzversicherung \_\_\_\_\_

Achtung: meine Leistungen können nur von einer Zusatzversicherung abgedeckt werden.  
Ansonsten wird Ihnen eine Rechnung erstellt, die Sie selbst erbringen dürfen.

Familienstand	_____	Kinder	_____
Körpergröße	_____	Gewicht	_____
Blutgruppe (falls bekannt)	_____		

### Anleitung

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen genau aus. Bei den Beispielen genügt es zu unterstreichen, sofern diese zutreffen, ansonsten mit eigenen Worten beantworten. Bitte nehmen Sie sich genug Zeit. Alle Daten werden vertraulich behandelt und unterliegen der Schweigepflicht.

**Dieser umfangreiche Fragebogen erspart uns die Zeit vor Ort für die Befragung. So können wir schneller mit der Diagnostik und der manuellen Arbeit starten!**



## BESCHWERDEN

**Welche Beschwerden oder Erkrankungen sind Anlass für Ihren Termin?**

Ordnen Sie die Beschwerden nach ihrer Wichtigkeit.

1. \_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_

**Welche Behandlungen haben Sie gegen die Beschwerden bereits unternommen?**

---

**Wie viele Ärzte, Kliniken, Heilpraktiker haben Sie bisher aufgesucht?**

---

**Wie war der Erfolg?**  sehr gut  gut  mäßig  schlecht  sehr schlecht

**Was war unmittelbar vor dem ersten Auftreten Ihrer jetzigen Beschwerden?**

eine Erkrankung  Kummer  Trauer  Schreck  Operation  
 Hautausschläge  Medikamente  andere: \_\_\_\_\_

**Welche Medikamente / Nahrungsergänzungsmittel nehmen Sie zurzeit ein?** Auch nicht verschreibungspflichtige. Bitte aufschreiben oder Beipackzettel/ Medikament mitbringen.

---

**Haben Sie innerhalb der letzten 6 Monate mehr als 6 kg zu- oder abgenommen?**  ja  nein

**Schlafen Sie schlecht, leiden Sie unter Nachtschweiß?**  ja  nein

**Haben Sie leichte Temperaturerhöhung?**  ja  nein

**Waren Sie im letzten halben Jahr im Ausland?**

nein  ja wann? \_\_\_\_\_ wie lange? \_\_\_\_\_ wo? \_\_\_\_\_

**Was ist Ihr Wunsch bzw. Erwartungen an mich, was ist Ihr Ziel?**

---



## KRANKHEITSGESCHICHTE

**Chronologie der Krankengeschichte/Bitte erfassen Sie alle bisherigen Erkrankungen und Operationen, die Sie durchgemacht haben.** Bringen Sie bitte Krankenberichte, Laborberichte usw. falls vorhanden mit.

1. \_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_

### Welche Infektionskrankheiten haben Sie durchgemacht?

- Masern       Mumps       Röteln       Keuchhusten       Windpocken  
 Scharlach       Tetanus       Malaria       Salmonellen       Ruhr  
 Tuberkulose       Kinderlähmung (Polio)       Pfeiffersches Drüsenfieber  
 Gonorrhöe (Tripper)       Syphilis       Tropenkrankheiten  
 Andere: \_\_\_\_\_

**Wurden diese Erkrankungen oder andere schon einmal mit Antibiotika behandelt?**  ja  nein  
**Haben Sie Narben von Operationen oder Verletzungen?**  ja – bitte beim Besuch zeigen  nein

**Leiden Sie oft an Erkältungskrankheiten?**  ja  nein

### Welche Krankheiten sind Ihnen in Ihrer Familie bekannt? (Eltern, Großeltern, Geschwister)

- Krebs       Gefäßkrankheiten       Geisteskrankheiten       Epilepsie       Allergien  
 Suizid       Tuberkulose       Asthma       Zuckerkrankheit       Depressionen  
 Migräne       Steinkrankheiten       Gicht       Rheumatismus       Multiple Sklerose  
 Schlaganfall       Neurodermitis       Herzkrankheiten       Schuppenflechte  
 Andere Krankheiten: \_\_\_\_\_

### Welche Allergien liegen vor?

- Heuschnupfen       Tierhaare       Hausstaub       Pollen       Milben       Metalle  
 Penicillin       Lidocain       Procain       Acetylsalicylsäure (z.B. Aspirin)  
 Sonstige Allergien \_\_\_\_\_  
 Nahrungsmittel \_\_\_\_\_

**Trinken Sie Alkohol?**  nein  ja  selten  regelmäßig  häufig

**Was trinken Sie?** \_\_\_\_\_

**Rauchen Sie?** Was? \_\_\_\_\_ Wieviel: \_\_\_\_\_ Seit wann? \_\_\_\_\_

**Mein beruflicher Stressfaktor ist**  niedrig  mittel  hoch

**Mein privater Stressfaktor ist**  niedrig  mittel  hoch



## EMOTIONALES

- Sind Sie glücklich?  ja  nein  
Finden Sie, Sie sind ein Glückspilz? :)  ja  nein
- Haben Sie einen Partner bzw. eine Partnerin?  ja  nein  
Wie ist Ihr Verhältnis zu Ihrem Partner bzw. Ihrer Partnerin?  sehr gut  gut  mäßig  schlecht
- Wie ist Ihr Verhältnis zu Ihren Eltern?  sehr gut  gut  mäßig  schlecht  
Haben Sie Wut auf Ihre Eltern?  ja  nein
- Gibt es Menschen, denen sie nicht verzeihen können?  ja  nein  
Haben Sie Ängste und Schuldgefühle?  ja  nein  
Leiden Sie unter Konflikten?  ja  nein
- Meinen Sie, in Ihrem Leben zu wenig Erfolg gehabt zu haben?  ja  nein  
Sind Sie mit Ihrer derzeitigen Arbeitstätigkeit zufrieden?  ja  nein
- Machen Sie sich Sorgen um Ihre Zukunft?  ja  nein  
Haben Sie Sorgen oder Schwierigkeiten?  ja  nein  
Fühlen Sie sich häufig einsam?  ja  nein
- Sind Sie berührungsempfindlich?  ja  nein  
Halten Sie enge Räume aus (z.B. Fahrstühle)?  ja  nein  
Leiden Sie unter mangelnder Konzentration?  ja  nein  
Sind Sie müde und erschöpft?  ja  nein  
Ist Ihre Reizbarkeit verstärkt?  ja  nein
- Treiben Sie regelmäßig Sport?  ja  nein  
Wünschen Sie sich mehr Sport zu treiben?  ja  nein  
Schwitzen Sie leicht?  ja  nein  
Schwitzen Sie nachts?  ja  nein  
Frieren Sie schnell?  ja  nein  kalte Hände  kalte Füße  
Wie belastbar und leistungsfähig fühlen Sie sich?  sehr belastbar  mäßig belastbar  gar nicht  
Fühlen Sie sich in Ihrer Gesundheit beeinträchtigt?  durch Lärm/Staub/Rauch/Abgase  Schichtarbeit  
 andere: \_\_\_\_\_

## IMPFUNGEN

### Welche (Auffrisch-) Impfungen haben Sie bekommen?

- Röteln  Masern  Mumps  Diphtherie  Keuchhusten  Grippe  
 Tetanus  Hepatitis  Cholera  Gelbfieber  Pocken  Zecken  
 Polio (Kinderlähmung)  Tuberkulose (BCG)

COVID-19  Wieviele COVID-19 Impfungen? \_\_\_\_\_

### Gab es Reaktionen auf Impfungen?

- Fieber  Krämpfe  Unruhe  Verhaltensveränderungen  Schlaflosigkeit  
 andere: \_\_\_\_\_



## VIRALE INFEKTIONSKRANKHEITEN

**Sind Sie HIV-Positiv?**

ja  nein

**Haben Sie Hepatitis?**

nein  wenn ja, welche Art: \_\_\_\_\_

Diese Antworten sind für mich sehr wichtig, da ich viel mit Blut durch (Blut Schröpfen, Blutegel, Baundscheidtieren und Dunkelfelddiagnostik) in Verbindung komme.

## ERNÄHRUNG

**Wieviel Liter trinken Sie pro Tag?** \_\_\_\_\_

**Was trinken Sie?** \_\_\_\_\_

**Welche Nahrungsmittel essen Sie?**

Milchprodukte  Süßigkeiten  Weißmehlprodukte  Eier  Zucker  Fleisch  Fisch

**Auf welche Nahrungsmittel können Sie nur schwer verzichten?**

\_\_\_\_\_

**Verlangen nach:**  süß  sauer  pikant  bitter  salzig  scharf  Fleisch  Eier  Obst  Nikotin  Alkohol

**Abneigung gegen:**  süß  sauer  pikant  bitter  salzig  scharf  Fleisch  Eier  Fett  Alkohol

**Leben Sie nach bestimmten Ernährungsrichtlinien?**

nein  ja, welche:

\_\_\_\_\_

**Sind Sie bereit, Ihre Ernährungsgewohnheiten mit meiner Hilfe zu verbessern?**  ja  nein

## SCHLAFVERHALTEN

**Wie ist Ihr Schlaf?**

Schlaflosigkeit  Sprechen im Schlaf

Nachtschweiß  Lebhaftige Träume

häufiges Erwachen, um wieviel Uhr: \_\_\_\_\_

häufiges Wasserlassen, wie oft: \_\_\_\_\_

Zähneknirschen

Unruhe in den Beinen  heiße Füße

Schwierigkeiten beim Einschlafen  Grübeln beim Einschlafen

**Schlaflage**

Bauch  Rücken  links  rechts  sitzend  kniend  zusammengerollt

**Schlafzeit Übliches Zubettgehen:** \_\_\_\_\_

**Übliches Aufstehen:** \_\_\_\_\_

## KOPF

**Leiden Sie unter Kopfschmerzen?**

häufig  selten  nie  wenn ja, wo und wann:

Stirn-Augen-Schlafenregion  Hinterhauptregion  halbseitig links  halbseitig rechts

doppelseitig  wandernd von links nach rechts  wandernd von rechts nach links  morgens  abends

**Auslöser der Kopfschmerzen:** \_\_\_\_\_

**Was verbessert:** \_\_\_\_\_

**Was verschlechtert:** \_\_\_\_\_



**HAARE** O Haarausfall O kreisrunder O vereinzelter O seit wann \_\_\_\_\_

**AUGEN** O kurzsichtig O weitsichtig O Bindehautentzündung O Grauer Star  
O Macula-Degeneration O Brille seit: \_\_\_\_\_  
O sonstige Beschwerden: \_\_\_\_\_

**OHREN**  
O Schmerzen links O Schmerzen rechts O beidseitig O schwerhörig O Ohrgeräusche/Tinnitus O Ohrendruck  
O Mittelohrentzündung O sonstige Beschwerden: \_\_\_\_\_

### ZÄHNE / KIEFER

O häufige Zahnarztbesuche O Beschwerden an den Zähnen O tote Zähne O wurzelbehandelte Zähne  
O erschwerter Durchbruch der Weisheitszähne O Implantate, wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

**Empfindliche Zähne auf:** O heiß O kalt

**Haben Sie Amalgamfüllungen?** O ja O nein

**Wurde eine Amalgamausleitung durchgeführt?** O ja O nein

**Zahnfüllmaterialien:** O Amalgam O Gold O Titan O Kunststoff O Keramik O Palladium

### NASE

O Operationen O Heuschnupfen O Nase verstopft O behinderte Nasenatmung O häufige Nasennebenhöhlenentz.  
O Allergien auf: \_\_\_\_\_

Absonderungen: O wässrig O schleimig O eitrig O grünlich O Operation

O häufige Mandelentzündungen: O als Kind O heute

**SCHILDDRÜSE** O Überfunktion O Unterfunktion O Vergrößerung O Operation

**BRUST/ BAUCH** O Beschwerden O Operation Herz O Beschwerden O Stechen O Druckgefühl O Infarkt  
O Beklemmung O Rhythmusstörungen

**LUNGE** O Bronchitis O häufig Husten O Atemnot O Lungenentzündung O Lungenemphysem

**LEBER** O Entzündung O Hepatitis Galle O Steine O Koliken O Druck im Oberbauch  
O Operation O Fettunverträglichkeit

**MAGEN** O Völlegefühl O Gastritis O Appetitlosigkeit O Nahrungsmittelallergien

**DARM** O Infektionen O Hämorrhoiden O Blinddarmoperationen O Blähungen

**STUHLGANG** O täglich O jeden 2.3.4. Tag O unregelmäßig O häufig Verstopfung O Neigung zum Durchfall  
Konsistenz: O schnittfest O hell O dunkel O übel riechend O hart O knollig O weich  
O schmierig O pastenartig O kann Stuhl nicht halten O Stuhlgang wechselhaft

**NIEREN/ BLASE** O Nierensteine O Entzündungen O häufig Harn O viel O wenig

## RÜCKEN

Verspannungen  Rheuma  Schmerzen  Hexenschuss  Ischias  Skoliose  
 Bandscheibenvorfall, wenn ja, welche Wirbel: \_\_\_\_\_

## ARME

Verletzungen  Schmerzen  Tennisellenbogen  Kribbeln  kalte Hände  
 Karpaltunnelsyndrom

## BEINE

Verletzungen  Schmerzen  Krampfadern  Besenreiser  Operationen  kalte Füße  
 Kribbeln  Taubheitsgefühl

## HAUT/ NÄGEL

Verbrennungen  Narben  Geschwüre  Hautjucken  Warzen  Pilze  
 eingewachsene Nägel  Nagelbettentzündungen  starke Wölbung (Uhrglasnägel)  
 rundliche Auftreibungen der Fingerendglieder (Trommelschlegelfinger)  
 Weisse Punkte oder Striche auf den Nägeln

## GYNÄKOLOGISCHER / UROLOGISCHER BEREICH

**Ausfluss:**  keinen  stark  weiß  gelb  wundmachend  Schmerzen  Ausschabungen  Eierstockentzündungen  
 Tumore  Zysten  Myome  Geschlechtskrankheiten  Fehlgeburten  Geburten/wie viele: \_\_\_\_\_

### Menses/Periode:

Beschwerden:  vor  nach  während der Regel welche: \_\_\_\_\_

Blutungen sind:  hell  dunkel  klumpig  braun  regelmäßig  unregelmäßig  Klimatorische Beschwerden

Nehmen Sie Verhütungsmittel?  ja welche: \_\_\_\_\_  nein, seit wann nicht mehr: \_\_\_\_\_

## PROSTATA

vergrößert  Entzündungen gehabt  Entzündungen aktuell  Beschwerden beim Wasserlassen  
 Geschlechtskrankheiten

## SEXUALITÄT

vermindert  verstärkt  unbefriedigt  Beschwerden beim Geschlechtsverkehr

## SCHMERZEN

### Wo treten Schmerzen auf? (bitte ankreuzen)

Schmerzskala für den Hauptschmerz  
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 schwach mittel sehr stark

### Seit wann haben Sie Schmerzen?

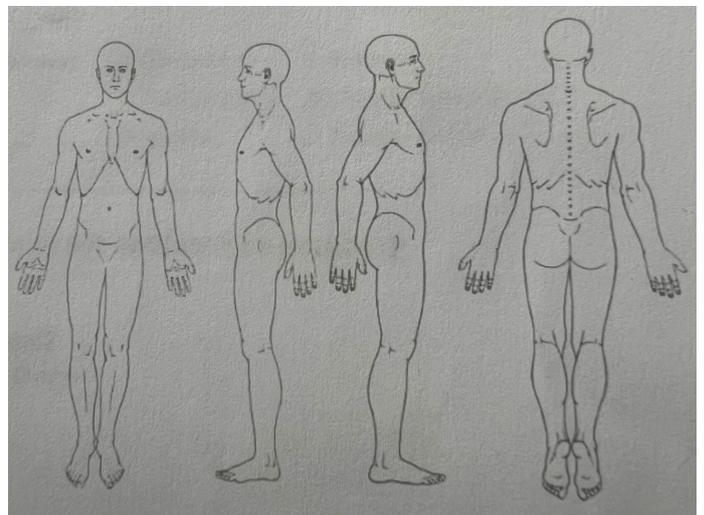
\_\_\_\_\_

### Gab es ein auslösendes Ereignis?

\_\_\_\_\_

### Wie oft haben Sie Schmerzen?

immer  mehrmals am Tag  alle paar Tage  wöchentlich  seltener





### Wie ist das Schmerzempfinden?

ziehend  brennend  stechend  klopfend  drückend  krabbelnd  reißend  kolikartig  krampfend  dumpf  
 beengend  bohrend

### Welche Ereignisse verschlimmern?

körperliche Belastung  Gehen  Sitzen  längeres Stehen  Stress  Kälte  Wärme  Nahrungsmittel  Husten  
 Niesen  Wetterlage  Monatsblutung  Tageszeit \_\_\_\_\_  Sonstiges: \_\_\_\_\_

### Welche Ereignisse verbessern?

Ruhe  Schlaf  Bewegung  Kälte  Wärme  Sport  Schmerzmittel

### Andere Symptome zum Schmerz:

Hautrötung  Blässe  Schwellung  Berührungsempfindlichkeit  
 Schweißbildung  Müdigkeit  Schwindel  Muskelschwäche  
 Gangunsicherheit  Seh- oder Hörstörungen  
 Bewegungseinschränkung  Sonstiges: \_\_\_\_\_

### Schmerzbehandlung bisher, wie?

---

---

---

Ich danke Ihnen für Ihre ausführliche Bearbeitung des Formulars. Bis zu unserem Treffen werde ich Ihre Antworten genau durchgehen. Somit sparen wir uns bereits sehr viel Zeit bei der Erstkonsultation.

Ich wünsche Ihnen einen tollen Tag!

**Heute ist ein guter Tag um einen guten Tag zu haben!  
Machen Sie was draus! :)**



# Allgemeine Geschäftsbedingungen (AGB) von Die Heilpraktikerin Regina Flieder

## Anerkennung der Krankenkassen:

Die von mir erbrachten Leistungen/ Methoden sind weitgehend von der EMR und der ASCA anerkannt. Ich bitte Sie jedoch VORAB sich bei Ihrer Krankenkasse genauestens zu informieren, welche Methoden von Ihrer Krankenkasse übernommen werden.

Wenn die Rechnung ausgestellt ist, ist diese nicht mehr rückwirkend und nicht mehr zu ändern. Das heisst, dass diese Leistung/ Rechnung von Ihnen erbracht werden muss.

Folgende Methoden biete ich an, diese sind von der EMR anerkannt (bitte immer individuell bei Ihrer Krankenkasse abklären):

- 1200 Anamnese / Untersuchung / Diagnostik / Befunderhebung, pro Stunde 140.00 CHF
- 1205 Ausleitende Verfahren, pro Stunde 140.00 CHF
- 1052 Fussreflexzonen-Therapie pro Stunde 140.00 CHF
- 1062 Klassische Massage, pro Stunde 140.00 CHF
- 1082 Orthomolekulare Therapie, pro Stunde 140.00 CHF
- 1022 Bachblüten-Therapie, pro Stunde 140.00 CHF
- 1030 Blutegel-Therapie, pro Stunde 140.00 CHF
- 1206 Ernährungstherapie, pro Stunde 140.00 CHF
- 1085 Phytotherapie, pro Stunde 140.00 CHF
- 1252 Zuschlag ausserordentliche Konsultation in Akutsituationen, pro Stunde 140.00 CHF

## Leistungen, die nicht übernommen werden:

Folgende Leistungen biete ich an, die NICHT von der Krankenkasse übernommen werden, können jedoch mit dem Rückforderungsbeleg mitgeschickt werden (je nach Fall werden Ausnahmen von den Krankenkassen gemacht).

**OLIGOSCAN:** kostet **140.00** CHF und muss von dem Patienten selbst bezahlt werden. Die Konsultationsstunde von 140.00 CHF wird ebenfalls berechnet, wird jedoch von der Zusatzversicherung übernommen.

**NAHRUNGSERGÄNZUNGSMITTEL:** die Kosten sind unterschiedlich und müssen vom Patienten getragen werden



### Termine:

Termine können online, telefonisch oder direkt mit mir oder meiner Assistentin Sibylle Stalder ausgemacht werden.

**Termine müssen 48 Stunden vorab abgesagt werden.**

**Bei Nichterscheinen, Vergessen oder verspäteter Absage wird eine Rechnung für die ausgemachte Zeit ausgestellt und muss vom Patienten selbst bezahlt werden.**

### Abrechnung:

Die Rechnung wird Ihnen Innerhalb von 24 Stunden nach der Konsultation per Mail oder wenn es gewünscht ist, per Post geschickt.

Die **Zahlungsfrist beträgt 10 Tage**. Nach diesen 10 Tagen sendet das Mahnsystem (sofern die Rechnung nicht beglichen ist), die erste Mahnung automatisch.

### Einverständniserklärung & Kenntnisnahme:

Wie möchten Sie die Rechnung ausgestellt bekommen?

per Post (Aufpreis 3,00 CHF)

per E-Mail

Möchten Sie in den Newsletter-Verteiler aufgenommen werden?

Ja

Nein

„Ich (Name) \_\_\_\_\_ (Vorname) \_\_\_\_\_ habe mich bei meiner Krankenkasse über die Leistungsanerkennung von „Die Heilpraktikerin Regina Flieder“ erkundigt und bin mir über die anerkannten und nicht anerkannten Methoden klar. Wenn eine Methode nicht von meiner Krankenkasse anerkannt ist, muss ich die Rechnung selbst begleichen“.

**Ebenso habe ich den Absatz genau gelesen über die Terminorganisation und Terminabsage und erkläre mich damit einverstanden.**

**Unterschrift:**

**Datum:**