

# Behandlungsgebühren

mein Stundensatz liegt bei:

**70,- für Selbstzahler,  
80,- für Zusatzversicherte  
90,- für Privatversicherte.**

Die Kosten für eine "**Blutuntersuchung im Dunkelfeldmikroskop**" betragen:

**bei der ersten Sitzung 120,-**  
(enthält die Anamnese und eine Therapieempfehlung).

**90,- pro Sitzung:**  
berechne ich für die Kontrolluntersuchungen im Dunkelfeldmikroskop.

**Ich rechne nach der Gebührenordnung für Heilpraktiker ab.**

Der Mindestsatz liegt bei 30 Minuten (halber Stundensatz).

**Der Rechnungsbetrag wird in vollem Umfang fällig, unabhängig von der Erstattung durch Kassen oder andere Leistungsträger.**

---

Bitte Terminabsagen rechtzeitig mindestens 48 Stunden vor dem jeweiligen Termin.

Die Termine gelten nur dann als abgesagt, wenn Sie eine Bestätigung von mir erhalten.

Bei ganz kurzfristigen Absagen behalte ich mir vor eventuell eine Ausfallpauschale zu berechnen.

# Naturheilpraxis Stefanie Hinrichs

## Anamnesebogen

**Name:**

**Telefon:**

**Straße:**

**Email:**

**Ort:**

**Beruf:**

**Geb. am:**

**Empfehlung durch:**

**Familienstand:**

**Versicherung:**  Gesetzlich(AOK, DAK, usw.)  Beihilfe/Post  Privat

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen genau aus. Bei den Beispielen genügt es zu unterstreichen, sofern diese zutreffen. Bitte nehmen Sie sich genug Zeit.

**Unter welchen Beschwerden leiden Sie momentan?**

**Wann begannen die Beschwerden?**

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

(Kummer, Trauer, Schreck, Operation, Medikamente)

**Welche Krankheiten gibt es in der Familie?**

z.B. Krebs, Tuberkulose, Allergien, Herzkrankheiten, Asthma, Diabetes, Rheuma, Geschlechtskrankheiten, Migräne, Gicht, Gallensteine, Nierensteine, Thrombose, Schuppenflechte, Neurodermitis usw.

**Welche Impfungen und Auffrischimpfungen haben Sie bekommen?**

Tetanus, Polio (Kinderlähmung), Diphtherie, Masern, Mumps, Pocken, Hepatitis, Tuberkulose, Grippe, Cholera, Gelbfieber, sonstige.

**Gab es Reaktionen darauf?**

Fieber, Krämpfe, Allergien, Hautausschläge, Unruhe, Schlaflosigkeit, Verhaltensveränderung.

**Welche Kinderkrankheiten haben Sie durchlebt?**

Mumps, Masern, Windpocken, Scharlach, Röteln, Keuchhusten, Diphtherie.

**Haben Sie Allergien?**

**Wenn ja, welche?**

**Haben Sie Nahrungsmittelunverträglichkeiten?**

**Hatten Sie Unfälle?**

**Wenn ja, wann?**

**Zähne:**

wurzelgefüllte Zähne:

Brücken:

fehlende Zähne:

Prothese:

Zahnfleischtaschen:

Weißheitszähne:

Parodontose:

Zahnfleischbluten:

### **Zahnfüllungen:**

**Amalgam**

**Kunststoff**

**Gold**

**Keramik**

**Wurde bei Ihnen Amalgam entfernt?**

**ja**

**nein**

**Wurde eine Amalgamausleitung durchgeführt?**

**ja**

**nein**

### **Haben Sie Narben?**

**Wo?**

### **Unterleib-Gynäkologie:**

wann war die erste Regel:

wann die letzte:

Beschwerden vor-während-nach der Regel?

Welche?

Nehmen Sie Verhütungsmittel?

Wenn ja, welche?

Klimakterische Beschwerden?

Haben Sie Kinder geboren?

Gab es Probleme bei den Geburten?

Wenn ja, welche?

(z.B. Kaiserschnitt, Saugglocke usw.)

Hatten Sie Fehlgeburten, Totgeburten, Abtreibungen?

Leiden Sie unter Ausfluss, Eierstockentzündungen, Zysten, Myomen, usw.?

## **Wie war ihre eigene Geburt? Gab es Besonderheiten?**

### **Harn:**

viel, wenig, häufig, nachts, kann nicht halten, riecht nach.....

### **Stuhl:**

täglich, jeden 2.3.4. Tag, unregelmäßig, riecht nach.....

Neigung zu Verstopfung, Neigung zu Durchfall,

Stuhl ist hell, dunkel, übelriechend, hart, knollig, weich, schmierig, pastenartig,  
kann nicht halten, Gefühl nicht fertig zu werden, Stuhlgang ist wechselhaft.

### **Schwitzen:**

### **Trinkmenge:**

### **Was trinken Sie?**

### **Ernährung:**

(Fleisch, Süßigkeiten, Alkohol, Nikotin?)

### **Regelmäßige Mahlzeiten?**

### **Wann, Umfang?**

### **Treiben Sie Sport?**

### **Welche Sportart?**

**Welche Medikamente nehmen Sie? Auch Nahrungsergänzung!**

**Nehmen Sie Psychopharmaka?**

**Wenn ja, welche und seit wann?**

**Waren Sie schon mal beim Heilpraktiker?**

**Was gibt es für bestehende Diagnosen und Voruntersuchungen?**  
(Bitte vorhandene Unterlagen dazu mitbringen)

**Bisherige Therapien:**

**Leiden Sie unter Schlafstörungen?**

**Wenn ja, Einschlaf-Durchschlafstörungen, beides?**

**Operationen:**

**Was und wann?**

**Haben Sie etwas Traumatisches erlebt?**

**Wenn ja, was und wann?**