



Kompass-Praxis für Naturheilkunde
Brigitte Sanders
Am Oberfeld 23
64287 Darmstadt
Tel.: 06151/711 014

Liebe/ Lieber

Sie haben heute einen **Ersttermin** in der Kompass- Naturheilpraxis, Heilpraktikerin Brigitte Sanders vereinbart.

Damit die Untersuchung und Behandlung für Sie so angenehm und effektiv wie möglich gestaltet werden kann, bekommen Sie vorab diesen Brief, den Sie bitte sorgfältig durchlesen.

Zunächst einmal freuen wir uns, Sie am vereinbarten Termin kennen zu lernen.

Termin : **folgt**

Bitte füllen Sie den beiliegenden Fragebogen (Anamnese) nach bestem Wissen aus. In der Rubrik " Symptome " schreiben Sie zunächst einmal nur Ihre **drei** Hauptsymptome auf, welche Ihnen besonders wichtig sind und erst nach dem Beantworten der weiteren Fragen weitere Symptome.

1. Bitte setzen Sie 4 Tage vor dem Ersttermin alle Medikamente ab, welche nicht **lebensnotwendig** sind, z.B. Vitamine, Mineralien, Bach Blüten, homöopathische Mittel etc.
Wichtig!! Schulmedizinische Mittel z.B. Bluthochdruckmittel, Antidiabetika, Kortison, Insulin oder Psychopharmaka nehmen Sie bitte weiter. Rufen Sie uns im Zweifelsfall gerne nochmals an.
2. Bitte bringen Sie zum 2. Termin **alle** Medikamente mit, welche Sie zur Zeit einnehmen (auch Vitamine, Mineralien, Pille etc.).
3. Sollten Sie einen Termin aus dringenden Gründen nicht wahrnehmen können, so teilen Sie uns dieses bitte unbedingt **24 Stunden vorher** mit. Bitte bedenken Sie dabei, dass wir Ihren Termin speziell für Sie freihalten.
4. Wenn Sie es wünschen, werden wir Sie einen Tag vor Ihrem Termin anrufen- als kleine Erinnerung, damit Sie an alles denken.
5. Parken ist in der Kittlerstrasse ist Glücksache, nehmen Sie sich daher bitte genügend Zeit für eine evtl. zweite Fahrt um das Carree, dann ist bestimmt ein Platz für Sie frei geworden. Die Bushaltestellen < F > Mathildenhöhe und < H > Taunusplatz sind nur wenige Gehminuten von der Praxis entfernt.
6. Sie brauchen **nicht nüchtern** zu kommen. Wichtig: keinen Kaffee vor der Blutentnahme trinken.

7. Kindern entnehmen wir in der Regel kein Blut! In seltenen Fällen benötigen wir aber aufgrund des Krankheitsbildes eine Laboranalyse. Stuhlanalysen sind bei Kindern sehr hilfreich.
8. Untersuchungsbefunde (Laborberichte, Röntgenaufnahmen, CT, MRT, Impfausweis etc.) dürfen Sie gerne mitbringen. Sehr nützlich für die Diagnostik ist in jedem Fall ein OPG = **Panoramaaufnahme Ihrer Zähne**. Zähne, Zahnwurzeln und der Kieferknochen können häufig den Körper belasten.
9. Bitte bringen Sie den Ernährungsplan zum Ersttermin bereits ausgefüllt wieder mit. Der Ersttermin besteht aus einem **Einführungsgespräch**, der **Blutentnahme**, einer **Urinuntersuchung** sowie einem besonderen **Gesundheitsscheck**. Planen Sie hierfür bitte ausreichend Zeit ein.

Für den Folgetermin mit der gründlichen Blutbesprechung, der Untersuchung und Testung nehmen Sie sich bitte mindestens 1 1/2 Stunde Zeit. Je ruhiger und entspannter Sie sind, desto besser können Sie die vielen Erklärungen und Hinweise gewinnbringend für die Therapie verarbeiten.

Zur Abrechnung:

Private Krankenkassen und die Beihilfe übernehmen die Kosten zu den vertraglich vereinbarten Bedingungen. **Einige unserer Diagnose- und Therapieverfahren werden u. U. nur teilweise oder nicht erstattet. Die Rechnungsstellung erfolgt unabhängig von einer möglichen Erstattung durch private Krankenversicherungen oder Beihilfestellungen.**

Gesetzlich versicherte Patienten begleichen die entstehenden Kosten bitte nach Erhalt der Rechnung oder in bar.

Ich freue mich auf eine gute Zusammenarbeit mit Ihnen.

Sollten Sie noch Fragen zur Anfahrt haben, so stehen wir Ihnen gerne mit Rat und Tat zur Seite.

Ihre

PS. Bitte denken Sie unbedingt daran, den Fragebogen mitzubringen!!
Sie dürfen ihn auch gerne mit der Post an uns senden.

Erklärung des Patienten

Ich habe dieses Anschreiben zur Kenntnis genommen und erkläre mich mit der oben genannten Art der Rechnungsstellung einverstanden.

Datum

Unterschrift

FRAGEBOGEN
Heilpraktikerin Brigitte Sanders

Name	_____	Geburtstag	_____
Vorname	_____	Tel. Privat	_____
Strasse	_____	Tel. beruflich	_____
Plz, Stadt	_____	E – Mail	_____
Hausarzt	_____	Homepage	_____
Zahnarzt	_____		

Wer hat uns empfohlen? _____

Versicherung	0 Gesetzlich (AOK; DAK usw.)	0 Beihilfe
	0 Priv. Zusatzversicherung f. Heilpraktiker	0 Privat- Versicherung, welche? _____

Beruf/ Schulklasse _____ Familienstand _____ Kinder _____
Bei Kindern: Name des Rechnungsempfängers: _____

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 genügend Zeit.

Wichtig!!! Bitte schreiben Sie hinter jedes Symptom eine Nummer von 1 bis 10 (1= sehr, sehr gering, 10= extrem stark, z.B. Kopfschmerzen 7 und in welchem Jahr es zum ersten Mal aufgetreten ist (z.B. Kopfschmerzen 7 seit 02)

Unter welchen Beschwerden leiden Sie? Falls vorhanden, wie lauten die schulmedizinischen Diagnosen?

1. _____
2. _____
3. _____

Welche Wünsche haben Sie an uns, welche Ziele möchten Sie erreichen?

Aktuelle Medikamente, Menge der Einnahme (bitte Medikamente mitbringen, auch Beipackzettel)

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

Was war kurz vor dem ersten Auftreten Ihrer jetzigen Beschwerden (vielleicht als Auslöser) ?

z.B. eine Erkrankung, Kummer; Trauer, Schreck, Operation, Hautausschläge, Medikamente ...

.....
.....

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

z.B. Krebs, Tuberkulose, Depressionen, Geschlechtskrankheiten, Selbstmord, Epilepsie, Herzkrankheiten, Gefäßkrankheiten, Schlaganfall, Asthma, Zuckerkrankheit , Rheumatismus, Nierensteine, Gallensteine, Multiple Sklerose, Gicht, Allergien, Schuppenflechte, Neurodermitis usw.

Welche Impfungenauffrischungen haben Sie bekommen?

z.B. Tuberkulose (BCG), Polio (Kinderlähmung), Diphtherie, Tetanus, Haemophilus influenzae (HIB), Keuchhusten, Masern, Mumps, Röteln, Hepatitis, Cholera, Gelbfieber, Pocken, Grippe, Zecken.....

Gab es Reaktionen auf Impfungen?

z.B. Fieber, Krämpfe, Unruhe, Schlaflosigkeit, Verhaltensveränderungen, Hautreaktionen

Welche Infektionskrankheiten haben Sie durchgemacht?

Masern, Mumps, Röteln, Keuchhusten, Windpocken, Scharlach, Tetanus, Kinderlähmung(Polio), Malaria, Salmonellose, Ruhr, Pfeiffer'sches Drüsenfieber, Gonorrhöe (Tripper), Syphilis, Tropenkrankheiten, Tuberkulose, usw.

Gibt es Allergien?

Pollen / wann

Nahrungsmittel

Kopf

Leiden Sie unter Kopfschmerzen/ Schwindel? Falls ja,
wie häufig?selten, Stirn-Augen-Schläfen-Hinterhauptregion,
morgens, abends halbseitig - links - rechts - doppelseitig -
wandernde Kopfschmerzen?.....

Auslöser der Kopfschmerzen/ Schwindel? Was verbessert, was verschlechtert?
.....

Haare Haarausfall, kreisrunder, Schuppen, seit wann

Augen Bindehautentzündung, Grauer Star, kurzsichtig, weitsichtig, Makoladegeneration
etc.

Ohren links, rechts, Mittelohrentzündung, Schwerhörigkeit, Schmerzen,
Tinnitus: wenn ja, plötzlich aufgetreten, oder hat er sich langsam entwickelt?

Zähne/ Kiefer - bitte Zutreffendes ankreuzen
Häufige Zahnarztbesuche Ja Nein
Beschwerden bei der Zahnung Ja Nein
Weisheitszähne gezogen Ja Nein welche?
Gibt es wurzelbehandelte Zähne Ja Nein welche?
Gibt es tote Zähne Ja Nein welche?
Zahnfleischblutung Ja Nein
Empfindliche Zähne auf heiß/ kalt Ja Nein welche?..
Wurden bei Ihnen Amalgamfüllungen entfernt? Ja Nein wann?
Wurde eine Amalgamausleitung durchgeführt? Ja Nein wann?..
Womit wurde ausgeleitet?.....
Knackt,/knirscht/schmerzt das Kiefergelenk? , Aufbeißschiene (oben/unten)
Zahnfüllmaterial **aktuell:**
0 Amalgam 0 Gold 0 Kunststoff.....0 Keramik....0 Implantate .0 Prothese

Nase Operationen, Heuschnupfen, Allergien auf
.....
behinderte Nasenatmung, Nase verstopft (einseitig), Absonderung der Nase
wässrig, schleimig, eitrig, grünlich, manchmal Nebenhöhlenentzündungen,
Polypen (OP, wann)

Mandeln Operation, manchmal Mandelentzündungen als Kind/ heute, Halsschmerzen,
Mundgeruch

Schilddrüse Druckgefühl im Hals, Entzündungen in der Vergangenheit bekannt?
Über, oder Unterfunktion

Brust	Beschwerden, Operationen, Knoten, Zysten, Krebs
Herz	Beschwerden, Stechen, Druckgefühl, Infarkt, Beklemmung, Rhythmusstörungen, Bypass
Blutdruck	Wann zuletzt gemessen.....Ergebnis.....
Lunge	Bronchitis, manchmal Husten, Auswurf, Asthma
Leber	Entzündung, Hepatitis, Alkohol wird schlechter vertragen als früher
Galle	Steine, Koliken, Operation (Jahr.....), Druck im Oberbauch, Fettunverträglichkeit
Magen	Völlegefühl, Gastritis, Appetitlosigkeit, Sodbrennen, Heliobacterinfektion
Darm	Infektionen, Pilze, Hämorrhoiden, Blinddarmoperation, Blähungen ja/nein, Geruch.....
Stuhlgang	täglich, ca. jeden 2./3./4.....Tag, unregelmäßig, riecht nach..... Neigung zur Verstopfung, Neigung zum Durchfall, Stuhl hell, dunkel, übelriechend, hart, knollig, weich, schmierig, pastenartig, Gefühl, nicht fertig zu werden, Stuhlgang wechselhaft usw. Brauche viel Papier/ Toilettenbürste
Niere/Blase	Nierensteine/Gries, Zysten, Entzündungen- häufig, stechen im Rücken - li/re.
Harn	viel, wenig, häufig, kann nicht halten, schaumig, Geruch/ Farbe:.....

Arme - Beine - Rücken - Haut

Arme	Verletzungen, Schmerzen, Tennisellenbogen, Kribbeln, kalte Hände, feuchte Hände, usw. Schulter li/ re.
Beine	Verletzungen, Krampfadern (OP?), Knieschmerzen re/li., kalte Füße, Kribbeln, Taubheitsgefühl, offene Wunden, Schmerzen durch Bewegung, morgendlicher Anlaufschmerz (Rücken, Beine)
Rücken	Verspannungen, Rheuma, Schmerzen HWS/ BWS /LWS; Hexenschuß. Ischias, Skoliose
Haut/Nägel	Geschwüre, Hautjucken, Warzen, Pilze, Nagelbettentzündungen, Ekzeme, brüchige Nägel Hautallergien auf (Creme, Nickel etc):

Gynäkologischer Bereich

Gynäkolog. Ausfluss – keinen, starken, weiß, gelb, wundmachend, färbt die Wäsche, Schmerzen, Eierstockentzündungen, Ausschabungen, Fehlgeburten, Geburten Jahreszahl:..... Abtreibungen, Tumore, Zysten, Myome, Pilze, Geschlechtskrankheiten usw.

Menses Wann war die erste Menses?.....wann die letzte?..... Blutungen sind hell, dunkel, klumpig, braun..... Regelblutung ist stark, schwach, dauert lange..... Abstand der Regelblutung..... Beschwerden vor- nach – während der Regel - welche? Zwischenblutungen..... Klimakterische Beschwerden..... Nehmen Sie Verhütungsmittel? Welche?seit wann? Wann war Ihr letzter Frauenarzttermin ?

Prostata vergrößert, Entzündungen gehabt, aktuell, Beschwerden beim Wasserlassen, Strahl schwach, OP wann?.....letzter PSA Wert ?

Narben Wo haben Sie Narben? Wichtig, mit Jahreszahl der Entstehung

Schlaf Schlaflosigkeit, häufiges nächtliches Erwachen, (Uhrzeit.....Uhr) Schwierigkeiten beim Einschlafen, Sprechen im Schlaf, Unruhe in den Beinen, Nachtschweiß, heiße Füße, Zähneknirschen, müde trotz ausreichendem Schlaf.

Schlaflage Bauch, Rücken, links, rechts, sitzend, kniend, zusammengerollt

Träume Schrecklich, schön, gegen Morgen, nachdenklich, realitätsnah

Sportarten.....wie häufig.....

Ernährung Verlangen nach Süß, Sauer, Pikant, Salzig, Fleisch, Eier, Obst, Nikotin, Alkohol Abneigung gegen Süß, Sauer, Pikant, Salzig, Fleisch, Alkohol Allergien auf..... Ausgesprochene Müdigkeit nach dem Essen ? Gefühl „wie betrunken nach dem Essen “? Leben Sie nach bestimmten Ernährungsrichtlinien ? (Vegetarisch etc.).....

Allgemeines

Mein aktuelles Körpergewicht **Meine Körpergröße**

Meine Blutgruppe **Mein Blutdruck**

Trinken Sie Alkohol ? **Rauchen Sie ?**

Bekommen Sie Fieber wenn sie krank sind ?

Kompass-Praxis für Naturheilkunde
Brigitte Sanders
Am Oberfeld 23
64287 Darmstadt
Tel.: 06151/711 014

ERNÄHRUNGSBERICHT DES PATIENTEN

Bitte ausgefüllt zum Ersttermin mitbringen

Herr / Frau / Kind.....Geb.:.....Größe:.....
.....Körpergewicht:.....

Ich esse morgens (bitte mit Uhrzeit angeben)

1 Tag.....
2 Tag.....
3 Tag.....
4 Tag.....
5 Tag.....
6 Tag.....
7 Tag.....

Ich esse mittags (bitte mit Uhrzeit angeben)

1 Tag.....
2 Tag.....
3 Tag.....
4 Tag.....
5 Tag.....
6 Tag.....
7 Tag.....

Ich esse abends (bitte mit Uhrzeit angeben)

1 Tag.....
2 Tag.....
3 Tag.....
4 Tag.....
5 Tag.....
6 Tag.....
7 Tag.....

Zwischendurch (!) , spätabends:.....
.....

Getränke:.....
.....