

# VESTIGIA

## 360

Patientenaufnahmebogen

Lieber Patient,

bitte füllen Sie diesen Bogen sorgfältig aus und sprechen Sie Fragen oder Unklarheiten direkt an. Diese Angaben sind wichtig, um die Krankengeschichte umfassend zu erheben und sind wesentliche Grundlage der Untersuchung und Ihrer Behandlung.

### Persönliches

Name, Vorname des Patienten:

Geburtsdatum:

Frau/Herr

\_\_\_\_\_

Straße:

\_\_\_\_\_

PLZ, Ort:

\_\_\_\_\_

Telefon privat:

Mobiltelefon:

E-Mail:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Behandelnder Arzt, Ort:

\_\_\_\_\_

Krankenkasse:

\_\_\_\_\_

Empfehlung durch:

\_\_\_\_\_

### Gesundheitliches

Lieber Patient,

bitte füllen Sie die nachfolgenden Fragen sorgfältig und vollständig aus.

Sie dienen dazu Ihre Krankengeschichte umfassend zu erheben, um die anschließende gründliche Untersuchung und Behandlung zu erleichtern.

Aktuelle Beschwerden/Schmerzen

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

# VESTIGIA

## 360

Wo bestehen diese?

---

---

---

---

Wie nehmen Sie die Beschwerden/Schmerz wahr?

---

---

Wann treten die Beschwerden/Schmerzen auf?

---

---

Haben Sie bemerkt, ob es Faktoren gibt, welche die Beschwerden/Schmerzen auslösen/  
verstärken/mindern können?

---

---

---

Welche Medikamente werden aktuell eingenommen?

---

---

---

Sind Allergien bekannt? Wenn ja, welche?

---

---

---

---

Bestehen Vorerkrankungen?

Diabetes mellitus Typ 1

Diabetes mellitus Typ 2

Bluthochdruck

Vorhofflimmern

Schilddrüsenerkrankung

Angina pectoris/ Herzinfarkt

Lebererkrankung

Sonstige Herzerkrankungen

Nierenerkrankung

Durchblutungsstörungen

Erhöhte Blutfettwerte

Krampfadern

Erhöhte Harnsäurewerte (Gicht)

Krebserkrankung

Schlaganfall

Epilepsie

Erkrankungen des Verdauungstraktes

Verdauungsprobleme

Osteoporose

Rheuma

# VESTIGIA

## 360

Atemwegserkrankungen  
Allergien  
Nahrungsmittelunverträglichkeiten  
Medikamentenunverträglichkeiten  
Neurologische Erkrankungen  
Psychische Erkrankungen  
HIV

Ist in Ihrer Familienvorgeschichte eine der folgenden Erkrankungen bekannt?

Bluthochdruck  
Blutzuckerkrankheit  
Fettstoffwechselstörung  
Herzinfarkt  
Krebs

Sonstiges, was Sie noch mitteilen möchten?

---

---

---

---

---

Vielen Dank, dass Sie sich für die Beantwortung der Fragen Zeit genommen haben.  
Ihre Antworten werden von uns streng vertraulich behandelt.

Ort, Datum

Unterschrift

### Rechtliches

Es wird darauf hingewiesen, dass gesetzliche Krankenversicherungen in der Regel nicht die Kosten für die naturheilkundliche Therapie oder verordnete Heilmittel übernehmen. Falls Sie privatversichert sind oder über eine private Zusatzversicherung verfügen, können Behandlungskosten eventuell erstattet werden. Da die Kostenübernahme durch private Krankenversicherungen sehr unterschiedlich und auf Basis von Einzelfallprüfung gehandhabt wird, ist es auch möglich, dass Kosten nicht oder nur teilweise übernommen werden.

Der Anspruch auf Vergütung besteht unabhängig von einer eventuellen Kostenübernahme durch gesetzliche, private oder Zusatz-Versicherungen. Die Rechnungsbeträge sind daher vom Patienten selbst zu zahlen und können nicht vom Heilpraktiker zurück gefordert werden.

Die Honorare sind nach der jeweiligen Behandlung in der Praxis bar oder per EC- Karte zu entrichten.

Nicht eingehaltene oder kurzfristig (weniger als 24 Stunden vorher) abgesagte Termine werden mit dem vollen Honorarsatz in Rechnung gestellt. Die vorstehende Zahlungsverpflichtung tritt nicht ein, wenn der Patient mindestens 24 Stunden vor dem vereinbarten Termin absagt.