



Anamnesebogen

Liebe(r) Patient/in,
Sie haben sich für eine Behandlung mit Informationsfeldtechnologie in meiner Praxis entschieden. Um Sie schnell, Ihren Wünschen und Bedürfnissen entsprechend, beraten und behandeln zu können, ist es erforderlich, vorab ein paar Informationen von Ihnen zu erhalten.

Bitte nehmen Sie sich hierzu ausreichend Zeit. Je gewissenhafter Sie dieses Formular ausfüllen, desto eher besteht die Möglichkeit, für Sie gezielt dem „roten Faden“ Ihres Körpers zu folgen.

Der Fragebogen ist sehr umfangreich, aber nur so kann ich mir ein genaueres Bild über Ihre akuten und/oder chronischen Beschwerden machen.

Bitte füllen Sie das vorliegende Formular vor Ihrem ersten Praxisbesuch oder Behandlung mit Telemedizin vollständig aus und lesen Sie den Behandlungsvertrag mit den allgemeinen Geschäftsbedingungen durch.

Telemedizin

Bitte bestätigen Sie mit Ihrer Unterschrift, die von Ihnen gemachten Angaben auf dem Anamnesebogen sowie dem Behandlungsvertrag. Senden Sie bitte beide unterzeichneten Formulare mit einer kleinen persönlichen Haar- oder Blutprobe vorab für die Anwendung im Informationsfeld an meine Privatadresse zurück.

(postalisch senden an: Katrin von Rabenau, Schulstr. 26, 13187 Berlin)

Praxistermin

Bei einem Praxistermin bringen Sie bitte den vorab ausgefüllten Anamnesebogen und den unterzeichneten Behandlungsvertrag zum Termin mit. Diese kleine Vorarbeit verlängert Ihre persönliche Behandlungszeit :-)

Vielen Dank!

Katrin von Rabenau
(Heilpraktikerin)

Stand: 02/2023

Anamnesebogen

Vorname, Name _____

Straße, Nr. _____

PLZ/Ort _____

Telefon(privat / mobil) _____

E-Mail _____

Geburtstag und Geburtsort _____

Körpergröße, Gewicht _____

Beruf _____

Familienstand _____

Kinder (Anzahl, Alter) _____

Hausarzt mit Anschrift und Telefonnummer:

Welche Beschwerden führen Sie zu mir?

Seit wann haben Sie die Beschwerden?

Sind die Beschwerden stärker geworden? (Skala 1-10)

Hatten Sie solche oder ähnliche Beschwerden schon einmal?

Ja/Nein

Wie oft/ wann das erste Mal/ wann zum letzten Mal?

Beschwerden:

Unter welchen akuten Beschwerden leiden Sie?

Geben Sie bitte den Zeitraum und die Intensität der Beschwerden auf einer Skala von 0-10 an.
Ordnen Sie die Beschwerden nach ihrer Wichtigkeit.

- | | | | |
|----|-------|------------|------------------|
| 1. | _____ | seit _____ | Intensität _____ |
| 2. | _____ | seit _____ | Intensität _____ |
| 3. | _____ | seit _____ | Intensität _____ |
| 4. | _____ | seit _____ | Intensität _____ |
| 5. | _____ | seit _____ | Intensität _____ |
| 6. | _____ | seit _____ | Intensität _____ |
| 7. | _____ | seit _____ | Intensität _____ |

Welche Behandlungen haben Sie in Bezug auf diese Beschwerden schon erhalten?

Wie viele Ärzte, Heilpraktiker, Kliniken haben Sie in dieser Sache bereits aufgesucht?

Wie war der Erfolg?

Sehr gut gut mäßig schlecht

Was trat unmittelbar vor dem ersten Auftreten Ihrer Beschwerden auf?

(Eine Erkrankung, Kummer, Trauer, Trennung, Schreck, Unfall, Operation, Hautausschläge, Auslandsaufenthalt, Insektenbiss oder anderer Biss, sonstiges Ungewöhnliches?)

Was erwarten Sie von meiner Behandlung?

Welche Fachärzte haben Sie in den letzten 3 Jahren besucht?

Krankenhaus oder Kuraufenthalte in den letzten 3 Jahren?

Waren Sie in den letzten Monaten im Ausland?

Wo, wann und wie lange?

Leiden Sie unter bestimmten Ängsten oder Abneigungen?

Ja/nein

Falls ja, welche?

Rauchen Sie?

Ja/nein

Wie viele /Tag?

Trinken Sie Alkohol?

Ja/nein/gelegentlich/regelmäßig

Hatten Sie Unfälle? Ja/Nein

Was ist passiert?

Wann /Jahr

Folgeschäden?

Besondere Anmerkungen:

Leiden Sie an einer Autoimmunerkrankung?

Ja/nein Falls ja, welche?

Bestehen Allergien oder Unverträglichkeiten?

Ja/Nein bisher nicht bekannt

z.B. gegen Pollen, Hausstaub, Tierhaare, Laktose-, Histamin-, Fruktoseintoleranz, Zöliakie, Glutenunverträglichkeit, Kontaktallergien, Sonstiges:

Leiden Sie unter Asthma? Ja / Nein

Welche Medikamente/Nahrungsergänzungsmittel nehmen Sie z.Zt. ein?
(auch Pille, Schmerz-, Schlaf- und Abführmittel)

Medikament	ca. seit	Dosierung

Treiben Sie Sport?

Ja/nein

Welche Sportarten? Wie oft/Wo?

Regelmäßig/unregelmäßig?

Welche Erkrankungen sind in Ihrer Familie bereits vorgekommen?

(Eltern, Großeltern, Tanten, Onkel usw)

z.B. Krebs, Herzerkrankungen, Gefäßkrankheiten, Gicht, Zuckerkrankheiten/Diabetes, Schilddrüsenleiden, Asthma, Lungenerkrankungen, COPD, Rheuma, Muskelerkrankungen, Neurodermitis, Burn out, Alzheimer, Demenz, psychische Erkrankungen, Epilepsie, Tuberkulose, Bluthochdruck, Schlaganfall, Fettstoffwechselstörungen., Steinerkrankungen, Allergien, Mukoviszidose, Fibromyalgie, Multiple Sklerose, Schuppenflechte/Psoriasis, Depressionen, Angststörungen, Geschlechtskrankheiten, ADHS, Sonstiges:

Erkrankung	Verwandtschaftsgrad	Wie lange

Leiden Sie zur Zeit an den nun aufgelisteten Erkrankungen?

(bitte ankreuzen)

Autoimmunerkrankung
Herz- und Kreislaufbeschwerden

Bluthochdruck
Diabetes
Fettstoffwechselstörung
Gicht/ erhöhte Harnsäure
Gallensteine/Nierensteine
Lungenerkrankung/Asthma
Allergien
Chronische Bronchitis(COPD)
Wirbelsäulenerkrankungen
Arthrose/Gelenkerkrankungen
Rheumatoide Arthritis
Fibromyalgie
Sehnenerkrankungen
Leber, Hepatitis
Niere, Harnapparat, Blase, Prostata
Magen-Darm-Trakt
Reizdarm,- magen
Schlafstörung/-apnoe
Depression
Angststörung /Phobie
HPU
Sonstiges

Welche Impfungen haben Sie bekommen?

z.B. Tuberkulose, Kinderlähmung(Polio), Diphtherie, Tetanus, Hämophilus Influenza (HIB), Keuchhusten, Masern, Mumps, Röteln, Cholera, Gelbfieber, Hepatitis, Pocken, Grippe, Humanes Papilloma Virus (HPV), FSME (Zecken), Tollwut, Sonstiges:

Gab es Reaktionen auf Impfungen oder einen Impfschaden?

(z.B. Fieber, Krämpfe, Unruhe, Schlaflosigkeit, Verhaltensveränderung, Übelkeit, Sehstörungen, ect.)

Emotionales	Ernährung
Reagieren Sie auf Wärme im Sommer?	Wie viel Liter Wasser trinken Sie tgl.?
Sind Sie berührungsempfindlich?	Was trinken Sie zusätzlich?
Beeinträchtigt Sie ein geschlossener Kragen?	Welche Nahrungsmittel essen Sie tgl.? ---Milchprodukte ---Süßigkeiten
Beeinträchtigt Sie ein enger Gürtel?	---Weißmehlprodukte ---Kuchen
Existieren immer wiederkehrende Ängste? (z.B. vor Spinnen, enge Räume usw.)	---Eier ---Zucker
Beantworten Sie bitte mit Ja/Nein	---Sonstiges

Leiden Sie unter Konzentrationsbeschwerden, Gedächtnisstörungen o. Ähnlichem?

Sind Sie müde und erschöpft? Falls ja, seit wann?

Leiden Sie unter zunehmender, verstärkter Reizbarkeit?

Haben Sie Ängste/Schuldgefühle/Konflikte, die Sie belasten?

Treiben Sie regelmäßig Sport?

Schwitzen Sie leicht?

Schwitzen Sie nachts? Falls ja, an welchem Körperteil:
Ist es kalter Schweiß? Oder warmer Schweiß?

Frieren Sie schnell? Schon immer oder ab einem bestimmten

Ereignis/Datum? Haben Sie öfter kalte Hände/ kalte Füße?

Wie belastbar und leistungsfähig sind Sie von 0-100?

Wie ist Ihr Verhältnis zu Ihren Eltern? (von 1-10)	Auf welche Nahrungsmittel können Sie nur schwer verzichten?
Haben Sie einen Partner(in)? Wie ist Ihr Verhältnis zu Ihrem Partner(in)? (von 1-10)	Ernährung: (bitte ankreuzen) Verlangen nach: Abneigung gegen:
Sind Sie glücklich?	...süß
Wurden Sie gestillt?	...sauer
Wie war Ihr Geburtsverlauf? (Kaiserschnitt/Zange)	...pikant
	...bitter
	...salzig
	...scharf
	...Fleisch
	...Eier
	...Obst
	...Fett
	...Nikotin
	...Alkohol

Nahrungsmittel Allergien auf:

Leben Sie nach bestimmten Ernährungsrichtlinien?
(z.B. Trennkost, vegetarisch, vegan usw.) Falls ja, welche?

Sind Sie bereit Ihre Ernährungsgewohnheiten wenn erforderlich mit meiner Hilfe zu verbessern? (ja, nein)

Ich esse:

....sehr schnell sehr langsam habe keinen Appetit

....dreimal täglich alle 4-5 Std. häufiger

Ich esse die größte Mahlzeit:

_____Frühstück _____Mittagessen _____Abendessen

Wohnung	Kopf	Zähne/Kiefer
<p>Wie ist Ihre Wohnung beschaffen? (Belastung mit Schimmelpilzen, Holzschutzmitteln, Teppichboden, Mikrowelle, Nikotin)?</p> <p>Wie ist Ihr Schlafplatz eingerichtet? (schnurlose Telefone, elektrische Geräte, Wasserbett...)</p> <p>Wie ist Ihr Schlaf?</p> <p>----Schlaflosigkeit</p> <p>----häufiges Erwachen um....Uhr?</p> <p>----nächtliches Wasserlassen, wie oft?</p> <p>----Schwierigkeiten b. Einschlafen?</p> <p>----Unruhe in den Beinen?</p> <p>----Sprechen im Schlaf?</p> <p>----Nachtschweiß</p> <p>----heiße Füße</p> <p>----Zähneknirschen</p> <p>----Gedankenkreisen</p>	<p>Leiden Sie unter Kopfschmerzen?</p> <p>--häufig, --selten, --nie</p> <p>Wo?</p> <p>Stirn-Augen-Schlafenregion</p> <p>---Hinterhauptregion</p> <p>---Morgens</p> <p>---Abends</p> <p>---Halbseitig</p> <p>---Links ---Rechts</p> <p>---Doppelseitig</p> <p>---Wandernd v links n. rechts oder umgekehrt</p> <p>---nur am Wochenende</p> <p>Auslöser der Kopfschmerzen?</p> <p>Was verbessert/verschlechtert?</p>	<p>---häufige Zahnarztbesuche</p> <p>---Beschwerden bei der Zahnung</p> <p>---Erschwerter Durchbruch der Weisheitszähne</p> <p>----wurzelbehandelte Zähne</p> <p>--- empfindliche Zähne</p> <p>--- Zahnfleischentzündung</p> <p>--- Kieferentzündung</p> <p>Wurden bei Ihnen Amalgamfüllungen schon entfernt?</p> <p>Zahnmaterialien, die vorherrschen?</p> <p>----Amalgam</p> <p>----Gold</p> <p>----Titan</p> <p>----Kunststoff</p> <p>....Keramik</p> <p>....Palladium</p> <p>Nase</p> <p>----Operationen</p> <p>---- Polypen</p> <p>....Heuschnupfen</p> <p>----Rhinitis</p> <p>....</p>

<p><u>Brust/</u></p> <p>Brustdrüse</p> <p>-Beschwerden</p> <p>-Schmerzen bei Berührung</p> <p>-Knoten / Zysten</p> <p>-verhärtetes Drüsengewebe</p> <p>-Operationen</p>	<p><u>Haare</u></p> <p>Haarausfall?</p> <p>---kreisrund ---vereinzelnd</p> <p>Seit wann?</p>
---	---

<p>Augen</p> <ul style="list-style-type: none"> ----Bindehautentzündung ----kurzsichtig ----weitsichtig ----sonstige Beschwerden ----Brille <p>Seit:</p> <p>Ohren</p> <ul style="list-style-type: none"> ----Schmerzen links ----Schmerzen rechts ----Schmerzen beidseitig ----Mittelohrentzündung ----Ohrgeräusche/Tinnitus ----Ohrendruck ----Schwerhörigkeit ----Beidseits ----Rechts ----Links 	<p>Nase</p> <ul style="list-style-type: none"> ----behinderte Nasenatmung ----Nase verstopft <p>Absonderungen</p> <ul style="list-style-type: none"> ----wässrig-----eitrig ----schleimig-----grünlich ----häufig Nasennebenhöhlenentzündungen <p>Mandeln</p> <ul style="list-style-type: none"> ----Operation/ Entfernung ----Wann? ----häufige Mandelentzündungen ----als Kind / heute <p>Schilddrüse</p> <ul style="list-style-type: none"> ----Überfunktion-----Autoimmunerkr. ----Unterfunktion-----Hashimoto ----Vergrößerung-----Morbus Basedow ----Operation-----Schilddrüsenentz.
---	--

Brust- Bauch		Arme-Beine-Rücken-Haut
<p>Herz</p> <ul style="list-style-type: none"> ----Beschwerden ----Stechen ----Druckgefühl ----Beklemmungen ----Rhythmusstörungen ----Infarkt ----Angina Pectoris ----Herzklappenfehler ----Herzmuskelentzündung <p>Lunge</p> <ul style="list-style-type: none"> ----Bronchitis ---Auswurf ----häufig Husten ----Atemnot 	<p>Niere/Blase</p> <ul style="list-style-type: none"> ----Nierensteine ----Entzündungen <li style="padding-left: 20px;">Wie oft? ----Blasenschwäche ---Niereninsuffizienz <p>Harn</p> <ul style="list-style-type: none"> ----viel ----wenig ----häufig kleine Mengen ----dunkler Urin ----heller Urin ----Geruch nach: 	<p>Arme</p> <ul style="list-style-type: none"> ----Verletzungen ----Schmerzen ----Tennisellbogen ----Kribbeln ----kalte Hände <p>Beine</p> <ul style="list-style-type: none"> ----Schmerzen ----Krampfadern ----Taubheitsgefühl ----Besenreisser ----oberflächliche Venenentzündung ---Thrombose ---Ödeme

<p>Rücken</p> <ul style="list-style-type: none"> ----eingeschränkte Beweglichkeit ----Verspannungen ----HWS-Syndrom ----Belastungen/schweres Heben ----Rheuma ----Schmerzen ----Hexenschuss ----Ischialgie ----Skoliose ----Morbus Bechterew ----Bandscheibenprobleme ----Bandscheibenvorfall Wann? 	<p>Darm</p> <ul style="list-style-type: none"> ----Reizdarm ----Infektionen ----Blinddarmoperationen ----Blähungen; Geruch nach: <p>Galle</p> <ul style="list-style-type: none"> ----Steine ----Fettunverträglichkeit ----Operation ----Koliken ----Druck im Oberbauch
--	---

Ich wurde über die eventuelle Nebenwirkung der Behandlung in Form von Erstreaktionen wie z.B. in der Homöopathie informiert. Ich habe ein Aufklärungsgespräch zur Therapie und nähere Erläuterungen zur Behandlung mit den TimeWaver-Systemen erhalten und soweit verstanden.

Ferner bin ich über die Kosten im Einzelnen informiert und aufgeklärt worden, diese enthalten ausschließlich die Tätigkeiten des Heilpraktikers als Honorarleistung. Weiter wurde ich darüber informiert, dass bei diesen Kosten noch keine Kosten für die benötigten Medikamente und ggf. die Leistungen Dritter (z.B. Labor, Darmlabor usw.) enthalten sind. Hierzu haben ich alle Fragen gestellt und keine weiteren Fragen mehr.

Ich willige hiermit in die vorgeschlagene Behandlung ein. Ich stimme durch meine Unterschrift dem Behandlungsvertrag, den allgemeinen Geschäftsbedingungen in allen Punkten zu und bin mit Behandlung mit den TimeWaver-Systemen einverstanden.

Ort, Datum

Unterschrift (Vor- und Zuname)

Mit meiner Unterschrift stimme ich außerdem zu, dass mein Behandlungsbericht inkl. Labor in anonymisierter Form Therapeutenkreisen und wissenschaftlichen Forschungseinrichtungen zur Verfügung gestellt werden kann.

ja nein

Wenn für die Therapie erforderlich, stimme ich einer Rücksprache mit meinem behandelnden Arzt ebenfalls zu. Eine vorherige mündliche Information ist hierfür ausreichend.

ja nein

P.S. Sollten Sie mit meiner Behandlung und Therapiemethode zufrieden sein, empfehlen Sie mich gerne weiter oder schreiben mir eine Rezension bei „Google“.

Herzlichen Dank!