

Patientenfragebogen und Behandlungsvertrag

Bitte nimm Dir ausreichend Zeit für die Beantwortung der Fragen. Sei dabei bitte so genau wie möglich. Die Angaben sind wichtig für die Therapie. Selbstverständlich behandle ich alle Angaben streng vertraulich.

Persönliche Angaben

Name	E-Mail
Vorname	Telefon
Geburtsdatum	Krankenkasse
Adresse	gesetzlich/ privat/ Zusatz

Lebst Du allein oder in Partnerschaft?

Hast Du Kinder? ja nein

Berufliche Tätigkeit

Größe

Gewicht

Würdest Du gern abnehmen ja nein

Falls ja, wieviel kg? _____

Derzeitige Beschwerden

Vorerkrankungen

Allergien	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Heuschnupfen	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Bluthochdruck	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Diabetes mellitus	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Fettstoffwechselstörung	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Herzinfarkt	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Herzrhythmusstörungen	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Durchblutungsstörungen	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Thrombose	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Darmerkrankungen (z.B. Colitis ulcerosa, Morbus Crohn)	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Magen-Darm Beschwerden	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Gallenblasenerkrankung	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Lebererkrankung	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Infektanfälligkeit	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Lungenerkrankung	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Schilddrüsenerkrankung	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>

- | | |
|---|---|
| Gicht | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> |
| Rheumatische Erkrankungen | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> |
| Bösartige Erkrankungen (z.B. Tumore) | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> |
| Hauterkrankungen | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> |
| HIV / AIDS | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> |
| Nervenleiden (z.B. Parkinson, MS) | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> |
| Psychische Erkrankungen (z.B. Depression, Angststörung) | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> |

OPs und Unfälle

Familiäre Erkrankungen

Warst Du in den letzten 5 Jahren im Ausland? ja nein

Wenn ja, wo? _____

Nimmst Du regelmäßig Medikamente? ja nein

Wenn ja, welche _____

Nimmst Du Nahrungsergänzungsmittel? ja nein

Wenn ja, welche _____

Rauchst Du? ja nein

Möchtest Du mit dem Rauchen aufhören? ja nein

Verdauung

Blähungen ja nein

Blähbauch ja nein

Durchfall ja nein

Verstopfung ja nein

Aufstoßen ja nein

Sodbrennen ja nein

Völlegefühl ja nein

Übelkeit ja nein

Bauchschmerzen ja nein

Wie oft am Tag/ in der der Woche hast Du Stuhlgang?

Wie ist der Stuhl beschaffen?

geformt fest breiig wässrig wechselhaft

Ess- und Trinkgewohnheiten

Was und wieviel Liter trinkst Du am Tag?

Wie oft trinkst Du Alkohol?

nie/selten

2–3x/Woche

4–7x/Woche

Wie ernährst Du Dich?

Mischkost

vegetarisch

veagn

Worauf verzichtest Du?

Fastest Du regelmäßig?

ja nein

Falls ja, wie? _____

Hast Du Nahrungsmittelenverträglichkeiten?

ja nein

Falls ja, welche? _____

Wie oft isst Du Obst und Gemüse?

nie/selten

2–3x/Woche

4–7x/Woche

Wie oft isst Du Süßes?

nie/selten

2–3x/Woche

4–7x/Woche

Wie oft isst Du Fastfood?

nie/selten

2–3x/Woche

4–7x/Woche

Hast Du Heißhunger? ja nein

Falls ja, worauf? _____

Sonst Du Dich regelmäßig? ja nein

Bewegst Du Dich regelmäßig? ja nein

Ich bin damit einverstanden, dass mich die Praxis Steffi Brisch im Rahmen meiner Behandlung kontaktieren darf (Telefon, E-Mail, SMS, WhatsApp, Telegram). Mir ist bewusst, dass dabei kein vollständiger Datenschutz gewährleistet ist.

Meine personenbezogenen Daten dürfen zum Zweck der Behandlung und internen Dokumentation gemäß DSGVO verarbeitet und gespeichert werden. Eine Weitergabe an Dritte erfolgt nicht.

Ich erkläre mich mit der Behandlung in der Praxis Steffi Brisch einverstanden. Mir ist bewusst, dass es sich um eine privat zu zahlende Leistung handelt, deren Erstattung durch Krankenkassen ggf. nicht gewährleistet ist.

Terminabsagen sind spätestens 24 Stunden vorher nötig, sonst kann ein Ausfallhonorar von 80 % berechnet werden.

Newsletter (optional):

Ja, ich möchte den Praxis-Newsletter mit Tipps zur Darmgesundheit, Fastenimpulsen und exklusiven Angeboten erhalten. Jederzeit abbestellbar.

Datum, Unterschrift _____