



Gesundheitspraxis für Homöopathie und Energietherapie

Anmeldung / Fragebogen

Name, Vorname _____

Adresse _____ Ort: _____

Telefon/Natel _____

e-mail: _____

Beruf _____ Zivilstand _____

Geburtsdatum _____

Krankenkasse Zusatzversicherung _____

Hausarzt _____

Ich wurde aufmerksam durch:

Website _____ Telefonbuch _____ Empfehlung _____ Sonstiges _____

Meine Krankengeschichte darf anonymisiert zu Weiterbildungszwecken verwendet werden:
_____ ja _____ nein

Informationen

Krankenkassen: Ich bin anerkannt vom EMR und auf der Therapeutenliste von EGK und Visana. Informationen zur Rückvergütung erhalten Sie direkt bei Ihrer Versicherung.

Sprechstunden nach Vereinbarung. Terminabsagen innerhalb von 24 Stunden vor dem vereinbarten Termin werden verrechnet.

Datenschutz und Abrechnung:

Die notwendigen Heilmittel erhalten Sie bei TopPharm Apotheke Gödlin in Aarau, TopPharm Apotheke & Drogerie in Buchs oder Natura Drogerie in Suhr oder Küttigen. Die Bestellung mit Ihrer Adresse und Geburtsdatum wird per e-mail, ohne zusätzliche Verschlüsselung, an die Apotheke/Drogerie versandt.

Die Rechnungsstellung gemäss Tarif 590 erfolgt digital und verschlüsselt über das Portal Sanamia.ch. Sollten Sie eine Rechnung in Papierform wünschen bitte ich um Mitteilung.

Datum, Unterschrift:



Gesundheitspraxis für Homöopathie und Energietherapie

Beschreiben Sie Ihre Beschwerden. Wann haben diese begonnen? Wodurch werden sie besser oder schlimmer (z.B. Tageszeit, Kälte, bestimmte Nahrungsmittel, Ärger etc.). Wodurch könnten sie ausgelöst worden sein?

Waren Sie wegen der aktuellen Beschwerden schon in Behandlung?

Welche Medikamente nehmen Sie regelmässig ein? (Cortison, Antibiotika, Schlafmittel, Abführmittel, Psychopharmaka, Hormone, Pille, Vitamine, Eisen, pflanzliche Mittel, etc.). Kam es in der Vergangenheit zu Reaktionen / Unverträglichkeit von Medikamenten? Wurde eine Desensibilisierung durchgeführt?

Welche Getränke trinken Sie in welcher Menge täglich?

Wasser _____ gesüsste Wasser _____ Tee _____ Kaffee _____ Milch: _____

Alkohol: _____

Rauchen Sie? Wenn ja, wie viel? _____



Gesundheitspraxis für Homöopathie und Energietherapie

Familienvorgeschichte

Welche Krankheiten gab oder gibt es in Ihrer Blutsverwandtschaft (Eltern, Grosseltern, Onkel, Tanten, Geschwister)? Was waren die Todesursachen der nächsten Blutsverwandten?

Mutterseite

Grossmutter

Grossvater

Vaterseite

Grossmutter

Grossvater

Mutter

Vater

Onkel, Tanten / Cousinen, Cousins

Onkel, Tanten / Cousinen, Cousins

Eigene Geschwister (Geburtsdatum + Krankheiten angeben)
