**Personalien und Anamnesebogen**

Liebe Klientin, lieber Klient

Wir freuen uns, Sie persönlich kennenzulernen.

Ihre vorgängigen Auskünfte helfen uns bei der Vorbereitung auf den ersten Termin.

Bitte nehmen Sie sich etwas Zeit um diese Fragen in aller Ruhe zu beantworten. Wir sind Ihnen dankbar, wenn Sie in gut leserlicher Schrift schreiben 😊 oder es direkt am PC ausfüllen.   
Sprechen Sie sich allenfalls mit Familienangehörigen ab, wenn Sie etwas von der Vergangenheit nicht (mehr) wissen.

Erscheint Ihnen eine Frage unklar, oder wissen Sie die Antwort nicht genau, so lassen Sie diese aus und wir besprechen diese dann bei Ihrem 1. Termin.

Bitte senden Sie uns den ausgefüllten Anamnesebogen **zurück. Am liebsten per Mail (**info@es-lindert.ch**) ca. 3 Tage vor unserem Termin.**

**Für unseren 1. Termin bringen Sie bitte Ihr Gesundheits-Dossier mit (falls vorhanden):**

* **Letzte Blutuntersuchung und weitere Laborereignisse**
* **Diagnose(n) zu Ihren Beschwerden**
* **Medikamente und Nahrungsergänzungsmittel, die Sie zur Zeit einnehmen**

Herzlich

Ihr Team von der NaturHeilPraxis Keller & Bobbià

**Personalien**

|  |  |
| --- | --- |
| Anrede Frau / Herr | |
| Name | Vorname |
| Strasse | PLZ/Ort |
| Geb-Datum | Zivilstand |
| Grösse Gewicht | |
| Blutgruppe (falls bekannt) | |
| Wohnverhältnis  alleine Partnerschaft/Familie anderes: | |
| Email | Telefonnr. |
| Gelernter Beruf und derzeitige Funktion | |
| Hausarzt: Adresse, Website, Telefonnummer | |
| Krankenkasse | |
| Versicherten Nummer | |
| Zusatzversicherung für Naturmedizin  Ja  Nein | |
| AHV Nummer: | |
|  Abklärung bezüglich Kostenübernahme ist gemacht und wird übernommen   ich übernehme die Kosten selbst | |
| Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? | |
|  Empfehlung Freunde/Bekannte wer? | |
|  Facebook Internet  Inserat anderes: | |

Wieso suchen Sie uns auf? Was ist Ihr Wunsch/Ziel an die Behandlung?

|  |
| --- |
| Welche Veränderungen wollen Sie in Ihrem Alltag? |
|  |
|  |
| **Fragen zu Ihren Beschwerden**  Bitte kreuzen Sie das jeweilig zutreffende an und/oder beschreiben Sie Ihre Symptome möglichst genau:  Was führt Sie zu mir?  Akute Beschwerden  chronische Beschwerden  Anderes  Möglichst genaue Benennung/Beschreibung der Beschwerden:  Seit wann leiden Sie an den oben beschriebenen Symptomen?  Liegt eine klinische (schulmedizinische) Diagnose vor? (Dokumentation bitte zum ersten Termin mitbringen)   Nein  falls ja, was genau:  Sind Sie aktuell in ärztlicher/therapeutischer Behandlung?   Nein  falls ja bitte Namen sowie die Art der Therapie angeben:  Haben sich die Beschwerden über die Zeit verändert?   Nein  falls ja wie?:  Waren Sie in letzter Zeit (oder in Verbindung mit dem Beginn der Symptome) im Ausland)?   Nein  ja:  Gibt es Ihrer Meinung nach ein Ereignis (Verlust, Trauer, Stress, Schock etc) welcher als seelischer Auslöser für Ihre jetzigen Beschwerden gesehen werden kann?  Nein  ja:  Leiden Sie aktuell oder litten Sie in der Vergangenheit jemals an einer der folgenden Krankheiten / resp. Symptomen (zutreffendes bitte ankreuzen und Jahresangabe vermerken):   |  |  | | --- | --- | |  Lippenherpes |  Gürtelrose | |  Milchschorf |  Neurodermitis | |  Blasenentzündung |  Bindehautentzündung | |  Tuberkolose |  Malaria | |  Syphilis |  Tripper | |  Autoimmunerkrankung |  Multiple Sklerose | |  Borreliose |  Diabetes | |  Erhöhte Blutfettwerte / Cholesterin |  Gicht | | Rheuma |  Gelenkprobleme | | Tumor: gutartig / bösartig | Zysten: wo? | |  |  | |  Windpocken |  Masern | |  Mumps |  Röteln | |  Scharlach |  Diphterie | |  |  | |  Kopfschmerzen (chronisch) |  Migräne | |  Durchfall | Verstopfung | |  Venenstau / Krampfadern |  Schilddrüsenprobleme  Überfunktion?  Unterfunktion? | |  Hautprobleme: welche? | | |  |  | |  Geschwür: wo? |  Furunkel: wo? | |  Fistel: wo? |  Abszess: wo? | |  |  | |  Depression |  Vergesslichkeit | |  Lustlosigkeit |  Wutanfälle | |  Libidoverlust (Sexuelle Unlust) |  Haarausfall | |  Brüchige Nägel |  Anfällig für Infekte | |  Oft müde und abgespannt |  Häufig Muskelkrämpfe |   Welche Krankheiten sind in Ihrer Familie aufgetreten (Grosseltern, Eltern, Geschwister)?   |  | | --- | | z.B. Neurodermitis, Schuppenflechte, Gicht, Rheuma, Herzinfarkt, Schlaganfall, Diabetes, Epilepsie, Depression, Tuberkulose, Krebs, weiteres: | |  | |  |   **Fragen zu Ihren Essensgewohnheiten**  Wie oft essen Sie am Tag und welche Malzeiten (bitte ankreuzen):   |  | | --- | |  1  2  3  4  5  mehr: | |  Frühstück  Znüni  Mittagessen  Zvieri  Znacht  andere | |  |   Was essen Sie an einem ganz normalen Tag?   |  | | --- | |  | |  |   Was und wie viel trinken Sie an einem ganz normalen Tag?  Welche Genussmittel konsumieren Sie? Wie viel und mit welcher Häufigkeit?  Alkohol (Wein, Bier, Liköre, Schnap etc)  täglich  wöchentlich  monatlich  selten  gar nicht  Menge:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Rauchen: täglich  wöchentlich  monatlich  selten  gar nicht  Anzahl Zigaretten pro Tag\_\_\_\_\_\_\_ / Pro Woche\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Süsses (Schockolade/Gummibärchen/Gebäck wie Kuchen/Guetzli etc)  täglich  wöchentlich  monatlich  selten  gar nicht  Menge:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Spüren Sie aktuell ein vermehrtes Verlangen nach:  Süssem salzigem saurem scharfem  Fleisch Fisch Eier Gemüse  Früchte   Anderes:  Wie schätzen Sie selbst Ihre Ernährung bzgl. Lebensmittelauswahl ein?  ausgewogen eher einseitig unterschiedlich  Sind bei Ihnen Nahrungsmittelunverträglichkeiten bzw. Nahrungsmittelallergien bekannt?  Wenn ja, welche:  Bevorzugen Sie: Tropfen, Tee, Fertigarztneien (Tabletten/Dragees), Pulver?  **Fragen zum Lebensstil:**  Bitte kreuzen Sie das jeweilig zutreffende an und/oder geben Sie möglichst genau Antwort.  Nehmen Sie Nahrungsergänzungen zu sich (Brausetabletten/Fitness-Shake/Actimel etc?) und wofür?   Nein  Ja: was?  Nehmen Sie Hormone ein? (auch pflanzliche)  Wie verhüten Sie?  Welche Medikamente nahmen oder nehmen Sie öfters ein?   |  |  | | --- | --- | |  Antibiotika |  Schmerzmittel | |  Psychopharmaka |  Beruhigungsmittel | |  Blutverdünner |  Schlafmittel | |  Fiebersenkende Mittel |  Medikamente gegen Ekzeme/Pickel | |  Cortison oder verwandte Medikamente |  Abführmittel | |  Andere / welche: | | |  | |   Konsumieren Sie jetzt Drogen? Oder früher?   Nein Ja, welche?  Wie beschreiben Sie Ihr Schlafverhalten und die Schlafqualität?   Unruhig  ruhig und erholsam  Mühe mit Einschlafen   Mühe Durchzuschlafen  frühzeitiges Erwachen  Anders:  Wie viele Stunden schlafen Sie durchschnittlich?   Weniger als 4h  6-8 Stunden  8-10 Stunden  anderes:  Am Morgen fühlen Sie sich….   frisch und munter  total ko  müde und träge  **Etwas intime Fragen 😉:**  Die Farbe Ihres Urins: hell dunkel anderes  Die Farbe Ihres Stuhlgangs hell dunkel anderes  Sie leiden eher an: Durchfall Verstopfung anderes:  Pro Stuhlgang brauche Sie so viel Toilettenpapier….  1-3 Blätter 4-10 Blätter  Feuchttücher  Wie oft können Sie stuhlen?   mehrmals täglich  täglich  2-3 pro Woche 1 mal wöchentlich  anderes  Konsistenz:  hart + schmerzhaft  hart weich breiig flüssig/wässrig  Leiden oder litten Sie öfters an Vaginal-Infektionen/sonstigen Pilzinfektionen (Haut, Füsse, Nägel)  nein  ja  Haben oder hatten Sie jemals Allergien  nein  ja, welche:  Wie gestalten Sie Ihre Freizeit?  Welche für Körperpflege-Produkte verwenden Sie?  Schwitzen Sie leicht?  Nein  Ja  Fiebern Sie leicht?  Nein   Wurden Sie geimpft?  Nein  Ja  Wenn ja, welche und wann (in etwa):  Gab es in Ihrem Leben einschneidende Erlebnisse (egal welcher Natur) die Sie für besonders erwähnenswert halten? Aus der Kindheit, Jugend, Erwachsenenalter, Trennungen, Verluste, Unfälle, Krankheiten, Kündigungen und weiteres? |
|  |

Ich bestätige, dass ich diesen Anamnesebogen ehrlich und wahrheitsgetreu ausgefüllt habe und dass ich die Allgemeinen Geschäftsbedingungen akzeptiere.

Unterschrift Kunde:

|  |  |
| --- | --- |
| Datum / Ort: | Name: |

**Allgemeine Geschäftsbediungen:**

* Wir (Marco Bobbià und Wanda L. Keller) stehen unter Schweigepflicht und versichern Ihnen Diskretion.
* Die naturheilkundlichen Verfahren wie Ernährungsberatung, Klassische Massage (inkl. Fussreflexzonenmassage), Pflanzenheilkunde, Hydrotherapie und Ausleitende Verfahren sind je nach Versicherungsmodell von den meisten Krankenkassen anerkannt. **Bitte klären SIE VOR der ersten Sitzung mit Ihrem Versicherer ab, was genau in welchem Umfang bezahlt wird.** Ansonsten liegen die Kosten bei Ihnen. Die weiteren Methoden aus unserem Leistungsangebot sind leider nicht Kassen-Anerkannt.
* **Die Sitzungen werden in bar abgerechnet (auch Kartenzahlung möglich, alle ausser Postfinanze). Für die Krankenkasse bekommen Sie einen Rückforderungsbeleg.**
* Die erste Sitzung dauert 60-90 Minuten. Dann besprechen wir mit Ihnen die Auswertung der Anamnese und besprechen die Möglichen Therapievorschläge.   
  Der Stundenansatz beläuft sich bei Marco Bobbià auf Fr. 90.- und bei Wanda L. Keller auf Fr. 120.- pro Stunde. Erkundigen Sie sich nach dem Selbstzahler- oder Abo-Preis. Angefangene Stunden werden entsprechend abgerechnet.
* Hypnose Kompaktsitzung 3 Stunden: Fr. 400.- pauschal  
  Hypnose Kennenlernsitzung 1.5 Stunden: Fr. 240.- pauschal

Folgesitzungen Fr. 120.- pro Stunde.

* Terminabsagen, die später als 48 Stunden (2 Tage) vor dem Termin eingehen, werden mit einem Unkostenbeitrag von Fr. 50 pauschal verrechnet.