

Bitte füllen Sie diesen Bogen sorgfältig aus. Damit ermöglichen Sie uns einen ganzheitlichen Blick aus Sicht der funktionellen Medizin. **Bitte geben Sie uns zwecks Vereinfachung der Kontaktaufnahme, Terminerinnerung und des Informationsaustauschs eine aktuelle Email Adresse an.** Alle Daten werden selbstverständlich vertraulich behandelt und werden nicht an Dritte weitergereicht.

Ich bin einverstanden, per Mail über anstehende Gesundheitsprophylaxe informiert zu werden sowie den Patienten Newsletter des Therapiezentrum zu erhalten: Ja  Nein  \_\_\_\_\_ (Unterschrift)

Name, Vorname: _____		Datum: _____
Straße, Nr.: _____	PLZ, Ort: _____	
Telefon Privat: _____	Telefon Geschäft: _____	
Telefon Mobil: _____	Email: _____	
Geb.Datum: _____	Alter: _____	
Krankenversicherung: Gesetzlich <input type="checkbox"/> Beihilfe <input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/> : Versicherung: _____ Tarif: _____ Private Zusatzversicherung für HP <input type="checkbox"/> : Versicherung: _____ Tarif: _____ Bei Kindern über wen versichert? _____ Geb.Datum: _____		
Hausarzt: _____	Empfohlen durch: _____	
Zahnarzt: _____	_____	
Gynäkologe/Urologe: _____	_____	
Beruf: _____		
Hobby: _____		
Raucher <input type="checkbox"/> Marcumar/Blutverdünner <input type="checkbox"/> Herzschrittmacher <input type="checkbox"/>		
Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit ein (Welche Menge, wie lange): _____ _____ _____		
Welche Nahrungsergänzungsmittel nehmen Sie zurzeit ein: _____ _____ _____		

(Bitte bringen Sie alle Medikamente im Original zum ersten Termin mit)

Nehmen Sie Hormone ein? <input type="checkbox"/> Pille <input type="checkbox"/> Spirale <input type="checkbox"/> Hormonersatztherapie <input type="checkbox"/> Stäbchen <input type="checkbox"/> Verhütungsring <input type="checkbox"/> Sonstige _____ Wie lange schon? _____ Wann war die letzte Einnahme? _____ Nehmen Sie die Pille durch? _____
---

Impfungen: \_\_\_\_\_

Impfkomplikationen: \_\_\_\_\_

Welche Erkrankungen sind Ihnen in Ihrer Familie bekannt? \_\_\_\_\_

Haben Sie Kinder? Ja  Nein  Wenn ja, wie viele? \_\_\_\_\_

An welchen Beschwerden / Symptomen leiden Sie? Welche Operationen hatten Sie?

Kopf: \_\_\_\_\_

Zähne (Wurzelbehandlungen, Implantate, Amalgam), Kiefer, Kiefergelenke: \_\_\_\_\_

Hals: \_\_\_\_\_

Brustkorb (z.B. Lunge, Herz, Speiseröhre, Brust): \_\_\_\_\_

Bauch (z.B. Magen, Darm, After, Leber, Milz, Bauchspeicheldrüse): \_\_\_\_\_

Unterleib (z.B. Blase, Niere, Gebärmutter, Eierstöcke, Prostata): \_\_\_\_\_

Nacken, Schulter: \_\_\_\_\_

Rücken, Wirbelsäule: \_\_\_\_\_

Arme, Hände: \_\_\_\_\_

Hüfte, Knie: \_\_\_\_\_

Beine, Füße: \_\_\_\_\_

Haut, Haare: \_\_\_\_\_

Gefäße: \_\_\_\_\_

Lympe: \_\_\_\_\_

Hormonelles System: \_\_\_\_\_

Für Frauen:

Bestehen noch Regelblutungen: Ja  Nein  Seit wann nicht mehr: \_\_\_\_\_

Wie lange ist Ihr Monatszyklus: \_\_\_\_\_ Tage

Bestehen während der Regelblutung Beschwerden? (Bauchschmerzen, lange und starke Blutungen, depressive Verstimmungen usw.) \_\_\_\_\_

**Bekannte Allergien?**

Lebensmittel: \_\_\_\_\_

Pollen, Milben, Hausstaub: \_\_\_\_\_

Kosmetika, Waschmittel: \_\_\_\_\_

Medikamente: \_\_\_\_\_

Metalle (Nickel, Quecksilber...): \_\_\_\_\_

Bienen/Wespen/Haustiere: \_\_\_\_\_

Andere: \_\_\_\_\_

**Stuhlverhalten:**

Tägliche Verdauung: Ja  Nein, wie häufig in der Woche: \_\_\_\_\_

Verstopfung  Durchfälle  Blähbauch  Blähungen  Sodbrennen  Übelkeit

**Übersicht über Ihre Ernährung:**

Sie ernähren sich vegetarisch  vegan  glutenfrei  anderes: \_\_\_\_\_

Haben Sie Unverträglichkeiten auf bestimmte Lebensmittel? Nein  Ja , unverträglich auf: \_\_\_\_\_

Wie viel stilles Wasser trinken Sie pro Tag: \_\_\_\_\_

Sind Sie der Meinung das eine typgerechte Ernährung für Ihre Ziele wichtig wäre? Ja  Nein

Körpergröße: \_\_\_\_\_ Körpergewicht: \_\_\_\_\_

Einschlafstörung  Durchschlafstörung  Wachen Sie zu einer bestimmten Uhrzeit auf? \_\_\_\_\_ Uhr

Wann gehen Sie zu Bett? \_\_\_\_\_ Wann stehen Sie auf? \_\_\_\_\_

Tagesmüdigkeit  Erschöpfung  Konzentrationsschwäche  Überforderung  Traurigkeit

Depressive Verstimmung  Unruhe/Nervosität  Ängste

Welche Beschwerden haben für Sie Priorität? Was ist Ihr Anliegen an mich? Ihr Ziel?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Fragen Rubrik 1

- Ist Ihnen ständig kalt? Frieren Sie schnell?  Ja  Nein
- Ermüden Sie bei der kleinsten Anstrengung und fühlen Sie sich matt und erschöpft?  Ja  Nein
- Fällt es Ihnen schwer, sich über einen längeren Zeitraum auf eine Sache zu konzentrieren?  Ja  Nein
- Hat Ihr Gedächtnis in der letzten Zeit stark nachgelassen und sind Sie leicht vergesslich?  Ja  Nein
- Leiden Sie an Haarausfall?  Ja  Nein
- Sind Ihre Haare trocken, stumpf und brüchig und Ihre Haut rauh und schuppig?  Ja  Nein
- Ist Ihnen aufgefallen, dass Sie brüchige Fingernägel oder Rillen in den Fingernägeln haben?  Ja  Nein
- Haben Sie das Gefühl „wie Watte im Kopf“ zu haben (Brainfog)?  Ja  Nein
- Haben Sie in letzter Zeit an Gewicht zugelegt, obwohl sie genauso viel essen und sich genauso viel bewegen wie vorher?  Ja  Nein
- Ist Ihr Darm träge und leiden Sie des Öfteren an Verstopfung?  Ja  Nein
- Ist Ihr Gesicht in letzter Zeit aufgebläht und blass?  Ja  Nein
- Haben Sie ein komisches Gefühl beim Schlucken oder spüren Sie eine Enge im Hals?  Ja  Nein
- Wird Ihre Stimme zusehends rau und heiser, ohne dass Sie an einer Erkältung leiden?  Ja  Nein
- Spüren Sie nachts ein Kribbeln in den Fingern oder Zehen?  Ja  Nein
- Hat Ihre Libido abgenommen?  Ja  Nein
- Wurde bei Ihnen ein erhöhter Cholesterinspiegel festgestellt?  Ja  Nein
- Leiden Sie an zu niedrigem Blutdruck und einem zu niedrigen Pulsschlag?  Ja  Nein
- Haben Sie öfters Entzündungen, vor allem an den Extremitäten? Fühlen sich Ihre Gelenke steif an oder haben Sie Karpaltunnelsyndrom?  Ja  Nein
- Leiden Sie unter Körperschmerzen, Muskelschmerzen oder Nackenschmerzen / Verhärtungen?  Ja  Nein
- Wurde bei Ihnen Eisenmangel und/oder eine Anämie festgestellt?  Ja  Nein

### Fragen Rubrik 2

- Werden Ihre Augenbrauen dünner?  Ja  Nein
- Haben Sie seitlich an den Augenbrauen bemerkt dass Ihnen die Haare ausfallen?  Ja  Nein
- Sind Sie ständig nervös und leicht reizbar?  Ja  Nein
- Fühlen Sie sich zeitweise ängstlich und depressiv?  Ja  Nein
- Zittern Ihre Hände zeitweise?  Ja  Nein
- Fühlen eine innere Unruhe?  Ja  Nein
- Fühlen Sie sich häufig krank, ähnliche einer Grippe, haben aber weder Fieber noch andere Symptome?  Ja  Nein
- Leiden Sie häufig unter Kopfschmerzen?  Ja  Nein
- Haben Sie eine empfindliche Haut?  Ja  Nein
- Haben Sie Heißhungerattacken?  Ja  Nein
- Sind Sie häufig nach Kaffeekonsum schläfrig?  Ja  Nein
- Müssen Sie häufig Harn lassen?  Ja  Nein
- Leiden Sie unter Durchschlafstörungen?  Ja  Nein
- Verschlechtern sich in der letzten Zeit Ihre Allergiesymptome?  Ja  Nein
- Sind Sie Infektanfällig?  Ja  Nein
- Spüren Sie häufiger Herzklopfen?  Ja  Nein
- Haben Sie das Gefühl dass viele der hier aufgeführten Symptome nach 18 Uhr sich verbessern?  Ja  Nein

### Fragen Rubrik 3

- Hat sich Ihre Libido vermindert?  Ja  Nein
- Leiden Sie unter Schmerzen in der Harnblase?  Ja  Nein
- Leiden Sie unter einem Prämenstruellen Syndrom (PMS)?  Ja  Nein
- Haben Sie starke Monatsblutungen?  Ja  Nein
- Beobachten Sie häufig Schwellungen oder Wassereinlagerungen an den Extremitäten?  Ja  Nein
- Leiden Sie unter Bluthochdruck?  Ja  Nein
- Leiden Sie unter starken Hitzewallungen?  Ja  Nein
- Haben Sie einen unregelmäßigen Zyklus?  Ja  Nein

# Temperaturprotokoll

Bitte füllen Sie dieses Temperaturprotokoll nur aus, wenn es in Ihrem Termin um **Schilddrüsenerkrankungen, hormonelle Probleme, Nebennierenerkrankungen, Kinderwunsch, Wechseljahrsbeschwerden, Erschöpfung, Haarausfall, Entgiftung oder verschiedene diffuse Beschwerden** geht.

Name:..... Alter:..... Startdatum: .....

Ich befinde mich gerade in der 1. Zyklushälfte  in der 2. Zyklushälfte   
 Sonstiges (z. B. Eisprung, Regelblutung, Fieber usw.) .....

Bekannte Schilddrüsenerkrankungen: ..... Seit wann:.....  
 Bekannte Nebennierenerkrankungen:..... Seit wann:.....  
 Bekannte Entgiftungsstörungen: ..... Seit wann:.....

Die Temperaturmessung gibt uns einen guten Hinweis über Ihre Thermoregulation. Die normale Körperkerntemperatur des Menschen liegt zwischen 36,3 und 37,4 Grad Celsius. Die Werte können uns einen Hinweis auf die Schilddrüsenfunktion, die Nebennierenfunktion, die hormonelle Regulation und die Entgiftungsfähigkeit geben.

Beachten Sie, dass die Einnahme von bestimmten Medikamenten wie z. B. Pille, Schmerzmittel, Betablocker, Schilddrüsenmedikamente usw. die Messung beeinträchtigen. Spezielle bei Frauen kann es auch zu einem Temperaturanstieg mit dem Eisprung kommen. Tragen Sie das bitte oben unter dem Punkt „Sonstiges“ ein.

1. Messen Sie die Temperatur oral (unter der Zunge), am besten mit einem Basalthermometer. Bewegen Sie das Thermometer während der Messung nicht unnötig, das führt sonst durch die verstärkte Durchblutung des Mundraums zu erhöhten Werten.
2. Die erste Messung sollte direkt nach dem Aufwachen erfolgen. Darum sollte das Basalthermometer griffbereit liegen. Messen Sie 3 Minuten ihre Temperatur und tragen Sie diese in die Tabelle mit einem „X“ ein.
3. Die zweite Messung erfolgt 4 Stunden später.
4. Die dritte Messung erfolgt wieder 4 Stunden später.
5. Die vierte und letzte Messung nehmen Sie bitte vor dem Schlafen gehen auf.
6. Sollten Sie an einem der Tage Beschwerden haben, tragen Sie diese bitte unter dem Punkt „Sonstiges“ ein.

> 37,9																
37,8																
37,7																
37,6																
37,5																
37,4																
37,3																
37,2																
37,1																
37,0																
36,9																
36,8																
36,7																
36,6																
36,5																
36,4																
36,3																
36,2																
36,1																
< 36																
	1. Messung	2. Messung	3. Messung	4. Messung	1. Messung	2. Messung	3. Messung	4. Messung	1. Messung	2. Messung	3. Messung	4. Messung	1. Messung	2. Messung	3. Messung	4. Messung
	Tag 1				Tag 2				Tag 3				Tag 4			



**Diesen ausgefüllten Bogen können Sie uns gerne per Mail an [info@therapiezentrum-gatzweiler.de](mailto:info@therapiezentrum-gatzweiler.de) oder per Fax an 02151- 788 66 60 senden.**

**Bringen Sie bitte alle bereits vorhandenen Arztbefunde und Blutwerte sowie wenn möglich einen Zahnstatus zu Ihrem Termin mit oder senden uns diese Unterlagen vorab mit Ihrem Anamnesebogen zusammen zu.**

**Vielen Dank das Sie sich Zeit genommen haben, um diesen Fragebogen genau und komplett auszufüllen!**

Hinweise:

Die Kosten für eine Kennenlernberatung liegen zwischen 40 und 60 Euro.

Die Kosten für die Neuaufnahme/Erstdiagnostik liegen je nach Zeit und Aufwand zwischen 160 und 250 Euro. Der erste Termin besteht aus einem Anamnesegespräch, in dem wir Ihren Anamnesebogen auswerten, Ihren Behandlungswunsch sowie mögliche Vorerkrankungen und aktuelle Beschwerden besprechen. Anschließend führen wir weiterführende Diagnostik durch z.B. mit computergestützten Analysen, Urinuntersuchungen, Speicheluntersuchungen oder einer Blutabnahme. Die Kosten für die Labordiagnostik (Blutbild, Vital- und Stoffwechselanalyse, Hormonprofil, Nährstoffanalyse, Darmflora-Check etc.) kommen noch hinzu. Je nach Parametern sind die Kosten hier unterschiedlich und können gerne von Ihnen vor dem Laborauftrag erfragt werden.

Wenn alle Ergebnisse vorhanden sind, besprechen wir die Befunde und erstellen einen individuellen Therapieplan. Die Kosten für die sich daraus ergebenden eventuell notwendigen Behandlungen teilen wir Ihnen gerne nach der Erstdiagnostik mit.

Bitte sagen Sie Termine, die Sie nicht einhalten können, mindesten 24 Stunden vorher ab. Bei nicht abgesagten Terminen müssen wir 50% Ausfallsumme in Rechnung stellen.

Die Rechnung des Therapiezentrums wird nach geltender Gebührenordnung (GebüH) inkl. der gesetzlich gültigen Steigerungsmöglichkeit erstellt, damit Sie diese zwecks eventueller Kostenerstattung bei der Krankenkasse einreichen können.

Die Behandlungskosten werden erfahrungsgemäß von privaten Krankenversicherungen und der Beihilfe zu den jeweils vertraglichen Bedingungen teilweise oder vollständig übernommen. Die Erstattungen sind in der Regel auf die Sätze der GebüH beschränkt. Gesetzliche Krankenkassen übernehmen in der Regel keine Kosten.

Die Rechnungen sind umsatzsteuerbefreit nach §4(14) UStG.

Unabhängig von einer abweichenden Beurteilung der medizinischen Notwendigkeit, einer medizinisch – wissenschaftlichen Anerkennung der durchgeführten Therapien und Diagnostik oder einer abweichenden Erstattung durch Beihilfestellen oder privaten Krankenversicherungen, ist der Rechnungsbetrag in voller Höhe zu zahlen.

Bei Fragen setzen Sie sich gerne mit uns in Verbindung!