

AOK	LKK	BKK	IKK	VdAK	AEV	Knappschaft	UV*)
Name, Vorname des Versicherten							
							geb. am
Kassen-Nr.		Versicherten-Nr.			Status		
Vertragsarzt-Nr.		VK gültig bis			Datum		

Naturheilpraxis Brandenburg

Josef Hubert Brandenburg

Heilpraktiker und Buchautor

Schwerpunkt: Cellsymbiosistherapie® nach Dr. med.

Heinrich Kremer, zertifiziert durch die Akademie für

Cellsymbiosistherapie® nach Dr. med. Heinrich Kremer

Altstraße 23

52066 Aachen



Telefon : (0241) 40107282

Telefax : (0241) 40107281

E-Mail : praxis@naturheilpraxis-brandenburg.de

Website : www.heilpraktiker-brandenburg.de

Prophylaxe

Anamnesefrage :

Antwort :

01 Allgemein

Straße + Hausnummer:

PLZ und Ort

Telefon incl. Vorwahl:

E-Mail:

Geburtstag:

Geburtsort:

Größe:

Gewicht:

Krankenkasse:

Was ist der Anlass Ihres Praxisbesuches?

Haben Sie schulmedizinische diagnostizierte Krankheiten? Wenn ja welche?

Ja []

Nein []

Wann wurden diese Krankheiten diagnostiziert?

Existieren hierzu Befundberichte, Bescheinigungen, Laborberichte oder radiologische Berichte? Bitte alle Berichte beilegen!

Ja []

Nein []

Schulbildung:

Beruf:

Seit wann sind Sie im Beruf?

Seit wann sind Sie in Rente?

Anamnesefrage :	Antwort :
02 Eigene Erkrankungen	
Leiden Sie unter allergischen Beschwerden?	Ja [] Nein []
Bestehen bekannte, ärztlich diagnostizierte Allergien?	Ja [] Nein []
Liegen andere, seltenere Stoffwechselerkrankungen vor? Wenn ja welche?	Ja [] Nein []
Haben oder hatten Sie eine Krebserkrankung? Wenn ja, was für eine?	Ja [] Nein []
Hatten Sie schon einmal einen Anaphylaktischen Schock?	Ja [] Nein []
03 Sonstiges	
Sind Sie Raucher und wenn ja wieviele Zigaretten etc. rauchen Sie pro Tag?	Ja [] Nein []
Seit wann rauchen Sie?	
04 Zähne	
Haben Sie Zahnfüllungen und aus welchem Material sind diese?	Ja [] Nein []
Haben Sie Zahnkronen und aus welchem Material sind diese?	Ja [] Nein []
Haben Sie Zahnbrücken und aus welchem Material sind diese?	Ja [] Nein []
Haben Sie Stützzähne und aus welchem Material sind diese?	Ja [] Nein []
Haben Sie Zahnimplantate und aus welchem Material sind diese?	Ja [] Nein []
05 Arzneimittel und Nahrungsergänzungsmittel	
Welche Medikamente und in welcher Dosierung nehmen Sie diese ein? Seit wann?	
Welche Nahrungsergänzungsmittel und in welcher Dosierung nehmen Sie diese ein?	
Nehmen Sie die Pille und wenn ja welches Präparat?	Ja [] Nein []
Nehmen Sie Johanneskraut ein?	Ja [] Nein []
Nehmen Sie Abführmittel ein und wenn ja welche?	Ja [] Nein []
Nehmen Sie Diätpillen ein und wenn ja welche?	Ja [] Nein []

Anamnesefrage :	Antwort :
Nehmen Sie Schmerzmittel ein und wenn ja welche?	Ja [] Nein []
Nehmen Sie Drogen oder haben Sie Drogen schon einmal konsumiert? Wenn ja welche?	Ja [] Nein []
06 Labor-Prophylaxe-Pakete	
Welche Labor-Prophylaxe-Pakete wählen Sie?	Autoimmunscreening [] Diabetesscreening [] Gefäßscreening [] Mitochondrienscreening [] Darmscreening [] Entgiftungsvoraussetzung []

Dieser Fragebogen dient der therapeutischen Dokumentationspflicht und wurde maschinell erstellt. Bitte beantworten Sie alle Fragen vollständig und ausführlich. Bitte schreiben Sie deutlich und unterschreiben Sie!

Datum:

Unterschrift: