

Heilpraktiker Henning Pless

Ringstraße 54
24103 Kiel
Tel.: 0431 – 26091200
Fax.:0431 – 260912011
E-mail: info@heilpraktiker-pless.de

Kiel, den

Liebe/r Frau/Herr

gemeinsam haben wir einen Termin für _____ vereinbart.

Damit die Untersuchung und Behandlung für Sie so angenehm wie möglich gestaltet wird, bekommen Sie vorab diesen Brief.

Diagnostik-/Erstgespräch Termin am _____ um _____ Uhr
Besprechung-/Therapieplan Termin am _____ um _____ Uhr

1. Bitte füllen Sie den beiliegenden Fragebogen (Anamnese) nach bestem Wissen aus. In der Rubrik „Symptome“ schreiben Sie zunächst einmal drei Hauptsymptome auf, die Ihnen besonders wichtig sind. Es ist kein Problem, wenn Sie eine Frage nicht beantworten können.
2. Bitte setzen Sie 3 Tage vor dem Ersttermin alle Medikamente ab, welche **nicht lebensnotwendig** sind, z.B. Vitamine, Mineralien, Bach-Blüten, homöopathische Mittel, Schüssler-Salze etc. **Wichtig!** Schulmedizinische Präparate z.B. Bluthochdruckmittel, Antidiabetika, Kortison, Insulin oder Psychopharmaka nehmen Sie bitte weiter. Rufen Sie uns im Zweifelsfall gerne an.
3. Bitte benutzen Sie am Tag der Erstuntersuchung nach Möglichkeit keine Cremes oder Salben an Händen und Füßen.
Wir brauchen Ihre Hautoberfläche im neutralen Zustand, um Messungen im Feinstrombereich durchführen zu können. Bitte ziehen Sie an diesem Tag keine Strumpfhosen, Bodys, Mieder etc. an.
4. Sollten Sie einen Termin aus dringenden Gründen nicht wahrnehmen können, so teilen Sie uns dieses unbedingt 24 Stunden vorher mit. Bitte bedenken Sie dabei, dass wir speziell für Sie Zeit reservieren.
5. Sie können in näherer Umgebung auf dem Parkplatz Ringstraße 39 parken oder im Sophienhof (gegen Gebühr) weiterhin auf dem ca. 900 m entfernten Wilhelmplatz (kostenlos).
6. Kindern entnehmen wir in der Regel kein Blut! Häufig benötigen wir aufgrund des Krankheitsbildes eine Vital- und Stoffwechselanalyse der Darmschleimhaut. Diese ist bei Kindern für die Beurteilung der Abwehrlage und des Stoffwechsels sehr hilfreich.
7. Untersuchungsbefunde (Laborbefunde, schriftliche Befunde von CT/MRT/Röntgenaufnahmen), Blutgruppe – A, B, 0 oder AB etc. dürfen Sie gerne mitbringen. Nützlich für die Diagnostik ist ein OPG = Panoramaaufnahme Ihrer Zähne. Herde an den Zähnen, Zahnwurzeln und der Kieferknochen können den Körper chronisch belasten.

„ Alles was Sie sind, war vorher auf Ihrem Teller “

8. Ihren Ernährungsbericht bringen Sie bitte bereits ausgefüllt zum Ersttermin wieder mit. Die Ernährung ist ein wichtiger Aspekt unserer Arbeit mit Ihnen. Die Nahrung steuert große Teile unseres Stoffwechsels und ist eine der Grundlagen für Ihre Gesundheit. Viele Therapien beginnen wir, indem wir gemeinsam über mehrere Tests herausfinden, welche Nahrungsmittel für Sie optimal sind. Wenn Sie gesund bleiben oder werden wollen, sollten Sie grundsätzlich bereit sein, Ihre Essgewohnheiten mit unserer Hilfe zu optimieren. Unsere Diagnose- und Therapierichtlinien orientieren sich am neuesten Stand der Forschung. **Der Preis für ein individuelles Stoffwechsel-, Gesundheits- und Ernährungskonzept beträgt 475,00 Euro (siehe Infoblatt).**

Wir freuen uns auf die Zusammenarbeit mit Ihnen! Sollten Sie noch Fragen haben, stehen wir Ihnen gerne mit Rat und Tat zur Seite.

Ihr Henning Pless und Team

PS: - Bitte denken Sie unbedingt daran, die Fragebögen mitzubringen!!

Information:

Alle von uns in Rechnung gestellten Leistungen müssen grundsätzlich selbst gezahlt werden. Die Rechnungsstellung erfolgt unabhängig von einer möglichen Erstattung durch private Krankenversicherungen oder Beihilfestellen.

Für unsere fachlich / medizinische **Beratung** berechnen wir den tatsächlichen Aufwand, z.B. 65,-€, das entspricht dem Zeitrahmen bis zu einer halben Stunde = 2 Einheiten. (In der Sprechstunde, per Telefon, per E-Mail)
Stand: Jan.2019

Bei Fragen zu Kosten Ihrer persönlichen **Therapie/Diagnostik** sprechen Sie uns gerne an.

Auch während der Behandlungszeit bei uns bitten wir Sie, **Ihre Medikamente** nur nach vorheriger Absprache mit Ihrem behandelnden Arzt/Therapeuten abzusetzen.

Erklärung des Patienten

Ich habe dieses Anschreiben zur Kenntnis genommen und erkläre mich mit der genannten Art der Rechnungsstellung einverstanden.

Datum / Unterschrift des Patienten

Hier ist Platz
für Ihr Foto

FRAGEBOGEN

Name: _____ Geburtsdatum: _____
Vorname: _____ Telefon privat: _____
Straße: _____ Telefon Beruf: _____
PLZ / Wohnort: _____ Fax: _____
Hausarzt: _____ Mobil: _____
Zahnarzt: _____ Pers. E-Mail
(Bitte unbedingt
angeben): _____
Homepage: _____

Wie sind Sie auf uns gekommen? Hat Sie jemand empfohlen? Wenn ja, wer? _____

Versicherung: Gesetzlich (AOK, DAK, usw.) Privatversicherung ► Welche: _____
 Priv. Zusatzversicherung für Heilpraktiker Beihilfe Post B _____

Beruf/Schulklasse: _____ Familienstand: _____ Kinder (mit Alter): _____
Bei Kindern ► Name d. Rechnungsempfängers: _____

Hilfe:
Bitte füllen Sie diesen Fragebogen genau aus. Bei den Beispielen genügt es zu unterstreichen, sofern diese zutreffen; ansonsten mit eigenen Worten beantworten.

1.) Unter welchen Beschwerden leiden Sie? Falls vorhanden, wie lauten die **schulmedizinischen Diagnosen**?

2.) Aktuelle Medikamente/ Nahrungsergänzungsmittel (Vitamine/Mineralien) Menge der Einnahme
Name? Warum? Wie häufig? Seit wann?

3.) Was kann der eventuelle Auslöser der Beschwerden kurz vor deren Auftreten gewesen sein?
(z.B. eine Erkrankung, Kummer, Trennung, Trauer, Operation, Medikamente etc.)

4.) Welche Krankheiten sind in Ihrer Familie bekannt? (Großeltern, Eltern, Geschwister, Onkel, Tanten)

(ms=mütterlicherseits / vs=väterlicherseits) Durch diese Fragen werden wir familiäre Belastungen klären.

- | | | | |
|---|------------|--|------------|
| <input type="checkbox"/> Osteoporose | Wer? _____ | <input type="checkbox"/> Nierensteine | Wer? _____ |
| <input type="checkbox"/> Herzkrankheiten | Wer? _____ | <input type="checkbox"/> Gallensteine | Wer? _____ |
| <input type="checkbox"/> Gefäßkrankheiten | Wer? _____ | <input type="checkbox"/> Gicht | Wer? _____ |
| <input type="checkbox"/> Schlaganfall | Wer? _____ | <input type="checkbox"/> Allergien | Wer? _____ |
| <input type="checkbox"/> Asthma | Wer? _____ | <input type="checkbox"/> Schuppenflechte | Wer? _____ |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | Wer? _____ | <input type="checkbox"/> Neurodermitis | Wer? _____ |
| <input type="checkbox"/> Krebs | Wer? _____ | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenstörungen | Wer? _____ |
| <input type="checkbox"/> Rheumatismus | Wer? _____ | <input type="checkbox"/> Depressionen o.ä. | Wer? _____ |

5.) Welche Impfungen haben Sie in den letzten Jahren bekommen? Gab es Reaktionen?

6.) Wurden Erkrankungen schon einmal mit Antibiotika/Kortison behandelt?

Falls ja, wann und für welche Erkrankung?

Erkrankung:

Wann:

Therapie:

7.) Haben Sie Allergien? Wenn ja, welche?

Reaktion auf Pollen / In welchen Monaten?

Kopf - Hals

Leiden Sie unter **Kopfschmerzen/Schwindel**? Falls ja **wie** und **wie häufig**?

Selten, oft, zyklusabhängig (Lebensmittel und belasteter Stoffwechsel verursachen häufig Probleme im Kopf)

Auslöser der Kopfschmerzen? Was verbessert? Was verschlechtert?

Haare Haarausfall, kreisrunder, Schuppen, fettig, seit wann _____

Augen

Grauer Star	<input type="checkbox"/> rechts	<input type="checkbox"/> links	<input type="checkbox"/> OP	Wenn ja, wann: _____
Grüner Star	<input type="checkbox"/> rechts	<input type="checkbox"/> links	<input type="checkbox"/> OP	Wenn ja, wann: _____
Makuladegeneration	<input type="checkbox"/> rechts	<input type="checkbox"/> links	<input type="checkbox"/> OP	Wenn ja, wann: _____
kurz-/weitsichtig	<input type="checkbox"/> rechts	<input type="checkbox"/> links		
Sehkraft lässt nach	<input type="checkbox"/> rechts	<input type="checkbox"/> links		
Brille	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		

Ohren Mittelohrentzündung, Schwerhörigkeit, Geräusche, Tinnitus, Hörvermögen nimmt ab

Nase Heuschnupfen, Allergien auf Nase verstopft (einseitig), Absonderung der Nase wässrig, schleimig, eitrig, grünlich, manchmal Nasennebenhöhlenentzündungen, Polypen, OP? Wenn ja, wann?

Mandeln Operation, manchmal Mandelentzündungen als Kind/heute, Halsschmerzen, Mundgeruch, belegte Zunge

Schilddrüse Überfunktion, Unterfunktion, M. Basedow, Hashimoto, Vergrößerung
Operation -Wann ?

Zähne/Kiefer – bitte Zutreffendes ankreuzen

Wurden Amalgamfüllungen entfernt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Wann? _____
Wurde Amalgam ausgeleitet?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	_____
Womit wurde ausgeleitet?			_____
Zahnfleischblutung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	_____
Weisheitszähne gezogen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Welche? _____
Gibt es wurzelbehandelte/tote Zähne?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Welche? _____
Parodontitis	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	

Zahnfüllmaterialien aktuell

Amalgam Gold Kunststoff Keramik Implantate Prothese

Knackt/schmerzt das **Kiefergelenk** (li./re., Geräusche)? Tragen Sie eine Aufbisschiene? Ja Nein

Rumpf - Organe

Brust Beschwerden, Knoten, Zysten, Krebs; Letzte Mammographie am: _____

Herz Unklare Beschwerden, Stechen, Druckgefühl, Infarkt, Beklemmung, Rhythmusstörungen, Schmerz, Bypass, Stent, Verkalkung bekannt

Blutdruck/ Puls Ist Ihr Blutdruck eher: hoch tief normal
 Messen Sie selbst? Ja Nein Ergebnis: _____
 Wann zuletzt gemessen? _____

Lunge Bronchitis, manchmal Husten, Asthma _____

Leber Entzündung – Hepatitis (A/B/C), Fettleber, Alkohol wird schlechter vertragen als früher

Galle Steine, Koliken, Operation (Jahr), Druck im Oberbauch, Fettunverträglichkeit

Magen Völlegefühl, Gastritis, Appetitlosigkeit, Sodbrennen, Helicobacterinfektion

Darm Pilze, Hämorrhoiden, Blähungen, Reizdarm, Colitis Ulcerosa, Morbus Crohn, Juckreiz am Darmausgang, Divertikel (Bitte Zutreffendes unterstreichen.)

Stuhlgang täglich alle 2 Tage alle 3 Tage alle 4 Tage unregelmäßig

Neigung zur Verstopfung, Neigung zum Durchfall, Stuhl hell, dunkel, übelriechend, hart, knollig, weich, schmierig, pastenartig, Gefühl nicht fertig zu werden, Stuhlgang wechselhaft, brauche viel Papier/Toilettenbürste usw., riecht nach

Nieren Nierensteine/Gries, Zysten, Entzündungen, Stechen im Rücken links / rechts

Blase Reizungen, (chronische) Entzündungen

Harn Viel, wenig, häufig, kann nicht halten, schaumig _____
 Geruch/Farbe (besonders morgens) _____

Arme – Beine – Rücken – Haut

Arme Schmerzen, Kribbeln, kalte Hände, schwitzige Hände, Schulterschmerz rechts / links

Beine Besenreiser, Krampfadern (OP? Wann:.....) Knieschmerzen rechts/links, kalte Füße, Kribbeln, Taubheitsgefühl, Schmerzen durch Bewegung, morgendlicher Anlaufschmerz (Rücken, Beine)

Rücken Verspannungen, Rheuma, Schmerzen HWS / BWS / LWS, Hexenschuss, Ischias, Skoliose

Haut/Nägel Pickel, Hautjucken, Warzen, Pilze, Nagelbettentzündung, Ekzeme, brüchige Nägel
Hautallergien auf (Creme, Nickel etc.):

_____ Haben Sie **Narben**? Wenn ja, wo?

Gynäkologischer / urologischer Bereich

Gynäkologie Ausfluss – keinen, stark, weiß, gelb, wund machend, färbt die Wäsche, Schmerzen, Eierstockentzündungen _____
Geburten; wann: _____ Übelkeit in der Schwangerschaft: _____
Abtreibungen; wann: _____ Fehlgeburten: _____
Tumore(), Zysten(), Myome(), Pilze()
(Bitte ggf. Jahreszahl angeben.)

Menses Wann die letzte: _____
Regelblutung ist stark, schwach, dauert lange _____
Abstand der Regelblutungen _____ Tage
Beschwerden vor – nach – während der Regel – welche: _____
Zwischenblutungen _____
Nehmen Sie Verhütungsmittel? ja nein
Welche? _____ Seit wann? _____
Klimakterische Beschwerden Hitzewallungen Nachtschweiß
Wenn ja, welcher Art? Trockene Schleimhäute
Wann war Ihr letzter Frauenarzttermin? _____
Befund: _____

Prostata Vergrößert, Entzündungen - gehabt, aktuell, Beschwerden beim Wasserlassen, Strahl schwach
OP? Wenn ja, wann? _____ Letzter PSA-Wert: _____

Sexualität _____

Allgemeines

Schlaf Schlaflosigkeit, Einschlafstörungen, Durchschlafstörungen, werde zu früh wach, spreche im Schlaf, Unruhe in den Beinen, Nachtschweiß, heiße Füße, Zähneknirschen, müde trotz ausreichend Schlaf, Kernschlafzeit von bis Uhr

Träume _____

Sportarten Welche? _____ Wie häufig? _____
Wie halten Sie Ihre Muskulatur fit?
(z.B. Krafttraining, Fitnesscenter) _____

Ernährung **Verlangen** nach: Süß, Sauer, Pikant, Salzig, Fleisch, Eier, Obst, Nikotin, Alkohol
Abneigungen gegen: Süß, Sauer, Pikant, Salzig, Fleisch, Alkohol
Lebensmittelallergien? _____
Leben Sie nach bestimmten Ernährungsrichtlinien? (vegetarisch etc.) _____

Rauchen Ja / Nein / bis wann? _____ Wie viele? _____ Passivraucher? _____

Alkohol Wie häufig? _____ Was? _____
Wie viel? _____

Trinken Wie viel Flüssigkeit genau trinken Sie pro Tag? _____
Welche Menge trinken Sie? (Liter) Wasser _____ Tee ___ Kaffee ___ Saft _____

Aktuelles **Gewicht?** _____ Wunschgewicht? _____ Zu-/Abgenommen seit: _____
Körpergröße? _____

Zeckenbiss(e)? ja nein _____ Wann? _____

Welche **Therapien** wurden bei Ihnen schon ausprobiert (auch biologisch z.B. Sauerstoff, Infusionen, Spritzen, Medikamente)?

Wie beurteilen Sie Ihren **Fitnesszustand**? (1 = sehr gut, 10 = sehr schlecht)? _____

Wie beurteilen Sie Ihre derzeitige **seelische Verfassung**? (1 bis 10) _____

Ich fühle mich eher:

überfordert, unterfordert, überlastet, unausgeglichen, glücklich, gesund, ungesund, zu dick, zu dünn, energievoll, energiearm, tagsüber müde, müde nach dem Essen, häufig krank vermindert leistungsfähig, niedergeschlagen, antriebslos, hoffnungslos, vergesslich, zu unsportlich (bitte Zutreffendes unterstreichen)

Haben Sie **seelischen Kummer**?

- | | | |
|---------------------------------------|--|--|
| <input type="radio"/> mit dem Partner | <input type="radio"/> mit den Kindern | <input type="radio"/> mit den Eltern/Schwiegereltern |
| <input type="radio"/> am Arbeitsplatz | <input type="radio"/> wirtschaftliche Sorgen | <input type="radio"/> Zukunftsängste |

Was muss geändert werden, damit es Ihnen bezüglich Ihres Kummers besser geht (ggf. Rückseite benutzen)? _____

Was wissen Sie über Ihre Blutwerte? _____

Wann war der letzte Bluttest? _____

Kennen Sie Ihre **Blutgruppe**? Ggf. bitte angeben! A B AB 0

Chronologische Krankengeschichte !

ERNÄHRUNGSBERICHT

Bitte ausgefüllt zum Ersttermin mitbringen!

(Alternativ können Sie Ihre Mahlzeiten auch fotografieren / Smartphone)

Frau / Herr / Kind

geb.

Größe:

Gewicht:

Ich esse morgens:

1. Tag	_____
2. Tag	_____
3. Tag	_____
4. Tag	_____
5. Tag	_____
6. Tag	_____
7. Tag	_____

Ich esse mittags:

1. Tag	_____
2. Tag	_____
3. Tag	_____
4. Tag	_____
5. Tag	_____
6. Tag	_____
7. Tag	_____

Ich esse abends:

1. Tag	_____
2. Tag	_____
3. Tag	_____
4. Tag	_____
5. Tag	_____
6. Tag	_____
7. Tag	_____

Zwischendurch

Spät abends

Getränke: