

Naturheilpraxis natura sanat

Heilpraktiker Ralf Wiecker

Allensteiner Str. 2

33605 Bielefeld

Tel.: 0 179 - 46 480 95

Email: heilpraxis-wiecker@t-online.de

Internet: www.praxis-natura-sanat.de

PRAXISFRAGEBOGEN - ANAMNESE:

Bitte füllen Sie alle Angaben so gut Sie können, aus. Unklare Frage können Sie gern offen lassen. Diese klären wir dann im persönlichen Gespräch. Wenn Sie nicht wissen, wogegen Sie vereinzelte Medikamente einnehmen, bringen Sie den Beipackzettel des Medikamentes mit. Auch Nahrungsergänzungsmittel geben Sie bitte an - vielen Dank!

Allgemeine Daten:

Name : Vorname :

PLZ : Wohnort :

Strasse : Geburtsdatum :

Erlerner Beruf: Jetzige Tätigkeit:

Krankenversicherung: Kostenerstattung (J/N)?

Fragen zur Erreichbarkeit:

Telefon (privat): Telefon (mobil):.....

Telefon (dienstl.): Email :.....

Wie sind Sie auf mich gekommen?

- | | | |
|---------------------------------------|-----------------------------------|--|
| <input type="radio"/> Internet | <input type="radio"/> Telefonbuch | <input type="radio"/> Gelbe Seiten |
| <input type="radio"/> Vortrag/Seminar | <input type="radio"/> Anzeige | <input type="radio"/> pers. Empfehlung |

Was erwarten Sie von meiner Ernährungsberatung?

- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> Gesundheitsfördernde Ernährungstipps | <input type="radio"/> Gewichtsreduktion -Kg |
|--|---|

Gezielte Ernährungsberatung /-therapie wegen:

- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> Vegetarischer Lebensweise | <input type="radio"/> Nahrungsmittelausschluss |
| <input type="radio"/> Krankheit - Diagnose..... | <input type="radio"/> Stressbelastungen |
| <input type="radio"/> Leistungssport | <input type="radio"/> Altersangepasster Ernährungsweise |
| <input type="radio"/> Nährstoffdefiziten (Vitamine & Co) | <input type="radio"/> typgerechten Ernährungskonzepten |

Vegetative Anamnese:

Durstverhalten	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> vermindert	<input type="checkbox"/> vermehrt
Appetit	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> vermindert	<input type="checkbox"/> vermehrt
Stuhlgang	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> vermindert	<input type="checkbox"/> vermehrt
Wenn vermehrt	<input type="checkbox"/> mit Schleim	<input type="checkbox"/> mit Blut	<input type="checkbox"/> _____ Mal am Tag
Wasserlassen	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> vermehrt	<input type="checkbox"/> Startschwierigkeiten
	<input type="checkbox"/> mit brennen	<input type="checkbox"/> nachts öfter	
Schlaf	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> Schlafstörungen	
Schlafstörungen	<input type="checkbox"/> Einschlafen	<input type="checkbox"/> Durchschlafen	<input type="checkbox"/> immer müde
Schwitzen	<input type="checkbox"/> Nachtschweiß	<input type="checkbox"/> ohne Grund	
Durchblutung	<input type="checkbox"/> kalte Füße	<input type="checkbox"/> kalte Hände	<input type="checkbox"/> ständig warm
Sexualität	<input type="checkbox"/> vermindert	<input type="checkbox"/> verstärkt	<input type="checkbox"/> unbefriedigt
	<input type="checkbox"/> mit Beschwerden		
Gewicht	<input type="checkbox"/> konstant	<input type="checkbox"/> nicht konstant	
Wenn nicht konstant	<input type="checkbox"/> Zunahme	<input type="checkbox"/> Abnahme (ohne Diät)	
	_____ Kilogramm in	_____ Monaten	

Für Patientinnen:

Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, im _____ Monat
Geburten	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, wann
Antibabypille	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Andere Verhütung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche
Monatsblutung regelmäßig	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Monatsblutung schmerzhaft	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja

Bisherige **Vorsorgeuntersuchungen** (Art/Jahr) _____

Letzte **Blutuntersuchung** (Monat / Jahr): _____

Letzte **Impfungen** (Art / Jahr): _____

Wie viele **Amalgam- bzw. Goldplomben** haben Sie im Mund? _____ / _____
Amalgam Gold

Wenn Zähne saniert wurden, wann? _____ Wie viele Plomben hatten Sie vorher? _____

Welche Genussmittel konsumieren Sie in welcher Menge?

Kaffee/Tee _____ Tassen tägl.; Zigaretten _____ tägl. - wie viele Minuten nach dem Aufstehen rauchen Sie Ihre erste Zigarette? _____ Minuten; Bier/Wein _____ Gläser tägl./wöchentl./monatl.

Einverständniserklärung:

Ich bin über entstehende Behandlungskosten und Dauer der Behandlung von HP Wiecker gründlich aufgeklärt worden. Das anfallende Honorar ist stets nach Beendigung der Sitzung / Testung in bar an Heilpraktiker Wiecker (gg. Quittung) zu entrichten (Honorar für Kinder ermäßigt!)

Honorarübersicht:

• Ersttestung PSE incl. ausführlicher Beratung :	140,00 € (90 Min.)
• Ersttestung PSE incl. Nahrungsmittelausschluss :	190,00 € (120 Min.)
• Ab Zweittestung mit PSE incl. Beratung :	110,00 € (90 Min.)
• Typgerechte Ernährung nutrityping® komplett:	190,00 € (120 Min.)
• Folgeberatung nutrityping:	90,00 € (60 Min.)
• Einkaufstraining :	90,00 € (90 Min.)
• Testung Magnetresonanz :	60,00 € (60 Min.)
• Umwelttoxischer Screen Test (z.B. Impfungen, Zahnmaterialien, Metalle, Konservierungsstoffe etc.)	120,00 € (90 Min.)
• Medizinisch therapeutische Kinesiologie :	80,00 € (60 Min.)
• Kurztestung (Heilmittel/Pflanzen/Nahrung/Vitalstoffe) :	40,00 € (30 Min.)
• Erstsitzung Akupunktur (Ohr/Hand/Schädel/Körper) :	60,00 € (60 Min.)
• Folgesitzung Akupunktur :	40,00 € (30 Min.)
• Frequenztherapie / Induktionstherapie :	40,00 € (30 Min.)
• Bioresonanztherapie (Erstsitzung) :	90,00 € (60 Min.)
• Folgetherapie Bioresonanz :	40,00 € (30 Min.)
• Hypnose Erstsitzung :	120,00 € (90 Min..)
• Hypnose Folgesitzung :	90,00 € (60 min.)
• Mentalfeldtherapie/Klopfakupressur :	80,00 € (60 Min.)
• Coaching / Supervision (Einrichtungen):	95,00 € (60 Min.)
• Coaching (Privatpersonen):	80,00 € (60 Min.)
• Kurzzeitpsychotherapie:	80,00 € (60 Min.)
• Rezeptausstellung Heilmittel/Vitalstoffe:	15,00 €

PSE = Psychosomatische Energetik®, alle Zeitangaben sind Zirka-Angaben

Für die Erstsitzungen am 28.07.2021 ist zunächst ein Honorar von 190,00 € vereinbart worden.

Ort und Datum:

Vor- und Zuname in Druckschrift:

Unterschrift: