



Björn Rippel  
Heilpraktiker  
Naturheilpraxis Rippel  
Sternstr. 9-13  
63450 Hanau  
[info@heilpraktiker-rippel.de](mailto:info@heilpraktiker-rippel.de)  
[www.heilpraktiker-rippel.de](http://www.heilpraktiker-rippel.de)  
**Mobil: 0178-1979001**

## Patientenaufnahme:

Sehr geehrte(r) Frau, Herr

Datum: \_\_\_\_\_

Bitte lesen Sie diese Fragen so genau wie möglich durch und beantworten Sie sie so gut wie möglich.

Bei der ersten Untersuchung werden alle Angaben mit Ihnen besprochen. Selbstverständlich unterliegen alle Angaben der beruflichen Schweigepflicht. Vielen Dank für Ihre Bemühungen.

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_ Postleitzahl: \_\_\_\_\_

Wohnort: \_\_\_\_\_ Geburtstag: \_\_\_\_\_ M/W

Telefon : \_\_\_\_\_ Sonstige Tel: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_ Beihilfe berechtigt: Ja/ Nein

Beruf: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Frühere Berufsausübung : \_\_\_\_\_

Freizeit, Sport, Hobby: \_\_\_\_\_

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

Hausarzt: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

Allergien oder Unverträglichkeiten? ja \_\_\_\_\_ nein \_\_\_\_\_

Wenn ja, welche(z.B. Heuschnupfen,Lebensmittel,Lactose): \_\_\_\_\_

Herzschrittmacher? \_\_\_\_\_ Bluter? \_\_\_\_\_

Bekannte Stoffwechselerkrankungen? seit wann?( z.B. Diabetes 1 od. 2 ,Schilddrüsen Über- od. Unterfunktion)

Waren sie schon mal in psychologischer/neurologischer Behandlung? \_\_\_\_\_

Was sind Ihre hauptsächlichen Beschwerden? \_\_\_\_\_

Seit wann haben Sie diese und wie äußern sie sich? \_\_\_\_\_

Wer hat Sie uns/mich empfohlen? \_\_\_\_\_

Bitte beschreiben Sie die Art und Weise Ihrer Schmerzen. -Zutreffendes Unterstreichen!

(stechend, brennend, bohrend, reißend, klopfend, drückend)

Treten die Beschwerden regelmäßig oder in einem bestimmten Schema auf? \_\_\_\_\_

Unter welche Voraussetzungen lassen die Beschwerden nach? (z.B. Kälte, Wärme, Ruhe,

Stress, Hunger, Essen, Körperhaltung, Bewegung): \_\_\_\_\_

Wann verschlimmern sich Ihre Beschwerden? \_\_\_\_\_

Wie fühlen Sie sich dann im Allgemeinen? \_\_\_\_\_

(traurig, ängstlich, ruhelos, irritiert, usw.)

Werden Sie nachts wach -und wenn ja wann? \_\_\_\_\_

Wie ist Ihr Stuhlgang? \_\_\_\_\_ x Täglich / \_\_\_\_\_ x Woche. Regelmäßig / unregelmäßig,

Konsistenz :fest/dünn/weich/wässrig. Farbe: weiß/leichtbraun/gelbbraun/dunkelbraun/schwarz

Haben Sie Vorlieben oder Abneigungen für sauer, süß, würzig, bitter? \_\_\_\_\_

Bei welchen Speisen und/oder Getränken haben Sie Beschwerden? \_\_\_\_\_

Haben Sie eine Sucht nach Süßigkeiten? JA/NEIN \_\_\_\_\_

Rauchen Sie? Wie viel? \_\_\_\_\_

Trinken Sie Alkohol? Wie viel? \_\_\_\_\_

Nehmen Sie starke Schmerzmittel? Welche und wie häufig? \_\_\_\_\_

Trinken Sie Kaffee? Wie viel? \_\_\_\_\_

Familienkrankheiten: Erbliche Vorbelastungen (Herz-und Gefäßkrankheiten, Rheuma,

Krebs, Diabetes, Hautkrankheiten, usw.) und nicht erbliche Belastungen.(z.B.Umweltnoxen)

Mutter: \_\_\_\_\_

Vater: \_\_\_\_\_

Sonstige Familienmitglieder: \_\_\_\_\_

Wichtige Lebensstationen und Situationen? (Scheidung, Tod des Lebenspartner od. Kind, Auslandsaufenthalt usw...)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Bisherige Operationen(mit Jahrangabe, wenn möglich):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_