

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

vielen Dank für Ihr Interesse an meiner naturheilkundlichen und integrativmedizinischen Sprechstunde. Damit wir Sie bestmöglich beraten und betreuen können, bitte ich Sie, diesen Hinweis- und Anamnesebogen vollständig auszufüllen und vorab unterschrieben per E-Mail an [praxisgemeinschaft@sailer-link.de](mailto:praxisgemeinschaft@sailer-link.de) zurückzusenden.

Eine Buchung eines Termins (telefonisch oder online über unsere Terminbuchungssoftware Doctolib) ist erst nach Bearbeitung dieses Bogens durch mich möglich. Sobald der ausgefüllte Bogen vorliegt, nehmen meine Mitarbeiterinnen per Email Kontakt mit Ihnen auf und senden Ihnen einen persönlichen Buchungscode. Mit diesem Code können Sie über den Button „**Terminvereinbarung**“ meiner Homepage ([www.dr-sailer.de](http://www.dr-sailer.de)) Ihren Termin buchen. Wählen sie als Terminart bitte „Akupunktur - Erstbehandlung“ aus.

Hinweis zur Terminverbindlichkeit:

Bitte beachten Sie, dass für vereinbarte Termine eine Terminausfallentschädigung in Höhe von 60 € berechnet wird, falls ein gebuchter Termin nicht eingehalten oder nicht mindestens 24 Stunden vorher abgesagt wird. Mit Ihrer Unterschrift und dem Absenden dieses Bogens erklären Sie sich mit dieser Regelung einverstanden.

Persönliche Angaben

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

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

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Mobilfunknummer: \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_

Hausarzt/Hausärztin  
weitere betreuende Ärzte/Ärztinnen: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Gesundheitsanamnese:**

Welche Beschwerden oder Anliegen führen Sie in unsere naturheilkundliche Sprechstunde?

---

---

Bestehende Erkrankungen / Diagnosen:

---

---

Aktuelle Medikamente, Nahrungsergänzungsmittel oder Infusionstherapien:

---

---

Allergien / Unverträglichkeiten:

---

---

Frühere naturheilkundliche oder integrativmedizinische Therapien:

---

---

Sonstige wichtige Hinweise für unsere Behandlung:

---

**Erklärung der/s Patientin/en**

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass die Angaben vollständig und nach bestem Wissen gemacht wurden.

Ich habe den Hinweis zur Terminausfallentschädigung von 60 € zur Kenntnis genommen und erkläre mich mit dieser Regelung einverstanden.

Ort, Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

Bitte per E-Mail zurück an uns:  
**[praxisgemeinschaft@sailer-link.de](mailto:praxisgemeinschaft@sailer-link.de)**



## Fragebogen vor Akupunkturbeginn

um bei Ihnen die geplante Akupunkturtherapie erfolgreich durchzuführen, sind vor Behandlung wichtige Fragen zur Krankheitsvorgeschichte und zu Ihrem derzeitigen körperlichen Befinden notwendig. Wir bitten Sie daher unten angegebene Fragen möglichst genau zu beantworten. Dadurch erleichtern Sie das diagnostische Vorgehen und verbessern die Wirkung der Akupunkturtherapie.  
Besten Dank für Ihre Mithilfe!

- 1.) Besserung der Beschwerden durch:  Wärme  Kälte
- 2.) Bestand oder besteht Fieber  mit  ohne Schüttelfrost:  ja  nein
- 3.) Schwitzen Sie häufig:  ja  nein  
wenn ja in welchen Situationen: \_\_\_\_\_  
wenn ja an welchen Körperstellen: \_\_\_\_\_  
schwitzen Sie während der Nacht:  ja  nein  
wenn ja, verspüren Sie hierbei ein heißes Gefühl  
der Hand- und Fußflächen und im Bereich der Brust:  ja  nein
- 4.) Appetit:  vermehrt  vermindert
- 5.) Durst:  vermehrt  vermindert
- 6.) Stuhlgang:  regelmäßig  unregelmäßig  
Neigung zu:  Verstopfung  Durchfall  
Veränderung d. Beschwerden nach Stuhlgang:  besser  schlechter
- 7.) Wasserlassen: pro Tag ca. \_\_\_\_\_ mal  
Urinfarbe:  blass/hell  dunkel/gelb  
Urinmenge:  viel  wenig  
nächtliches Wasserlassen:  ja  nein
- 8.) Schmerzen:  
Schmerzqualität:  Spannungsschmerzen  
 stechende Schmerzen  
 krampfartige Schmerzen  
 brennende Schmerzen  
 akut  schleichend
- Beginn der Beschwerden:  
Schmerzlokalisierung: *bitte auf der Rückseite erläutern*  
Schmerzausstrahlung: *bitte auf der Rückseite erläutern*

9.) Schlaf:

- Einschlafstörungen:  ja  nein  
wenn ja wie lange liegen Sie wach: \_\_\_\_\_ min.
- Durchschlafstörungen: :  ja  nein  
wenn ja, wann wachen Sie wieder auf \_\_\_\_\_ Uhr
- träumen sie regelmäßig: :  ja  nein  
wenn ja, wachen Sie durch die Träume auf: :  ja  nein
- Schläfrigkeit unter Tags: :  ja  nein  
wenn ja, zu welcher Uhrzeit: \_\_\_\_\_ Uhr

10.) Für unsere Patientinnen: Menstruation:

- regelmäßiger Zyklus: :  ja  nein
- Zyklusdauer: \_\_\_\_\_ Tage
- Menstruationsdauer: \_\_\_\_\_ Tage
- Blutungsintensität:  stark  schwach
- Menstruationsblut:  hellrot  dunkelrot  klumpig
- Blutungsbeginn:  plötzlich  langsam
- Schmierblutungen: :  ja  nein  
wenn ja, in welcher Zyklusphase: \_\_\_\_\_
- Schmerzen zu Beginn der Regelblutung: :  ja  nein  
wenn ja:  vor  nach Einsetzen der Regelblutung
- Schmerzen während der Menstruationsblutung: :  ja  nein
- Ausfluß: :  ja  nein  
wenn ja in welcher Zyklusphase: \_\_\_\_\_

11.) bestehen chronische Erkrankungen? – wenn ja, welche?

---

---

12.) Wurden Operationen durchgeführt? – wenn ja, welche?

---

---

13.) Haben Sie Knochenbrüche erlitten? – wenn ja, welche?

---

---

14.) Wurden Zähne gezogen oder überkront? – wenn ja, welche?

---

---

15.) Welche Medikamente nehmen Sie ein (incl. freiverkäufliche)?

---

---