



## Praxis für TCM & Darmgesundheit

### Bedarfsanalyse Bogen

#### Patientendaten

Vorname: \_\_\_\_\_ Name: \_\_\_\_\_ Geb.Datum \_\_\_\_\_

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

Telefonnummer: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_ Hausarzt: \_\_\_\_\_

Private Zusatzversicherung: \_\_\_\_\_

Familienstand: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

Kinder: \_\_\_\_\_

Größe: \_\_\_\_\_ Gewicht: \_\_\_\_\_ Raucher \_\_\_\_\_

#### Erkrankungen: bitte zutreffendes Ankreuzen:

Diabetes ( ) Bluthochdruck ( ) Herzerkrankung ( ) Asthma ( ) COPD ( )

Fettstoffwechselstörung ( ) Depression ( ) chronische Erschöpfung ( ) Fibromyalgie ( )

Schilddrüsenerkrankung ( ) Osteoporose ( ) Hauterkrankung ( ) Nierenerkrankung ( )

Lebererkrankung ( ) Rheuma ( ) chronische Schmerzen ( ) Schlaganfall ( ) Epilepsie ( )

) Augenerkrankungen ( ) Blutgerinnungsstörungen ( )

Krebs ( ) welche Art und wann? \_\_\_\_\_

Anschließende Chemotherapie? \_\_\_\_\_

Allergie ( ) welche: \_\_\_\_\_

Nahrungsmittelunverträglichkeit/ Intoleranzen? \_\_\_\_\_

Wurde die Darmflora aufgebaut? – Wenn ja, wann und mit welchen Produkte \_\_\_\_\_

**Medikamente: (welche?) bitte auch Nahrungsergänzungsmittel mit Dosierung**

---

---

**Wegen welcher Beschwerden wünschen Sie eine Behandlung?**

---

---

**Was wurde schon alles, außer Schulmedizinischer Therapien versucht, um die Beschwerden zu lindern?**

---

**Erläutern Sie bitte kurz, (gerne auch in Stichpunkten) Ihre Erwartungen, beziehungsweise Ihre Wünsche während oder nach unserem Termin 😊**

---

---

**Lebensführung**

	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>	<b>Wie oft tägl./wöchl.</b>
Arbeiten Sie zu viel?	( )	( )	( )
Treiben Sie Sport? – Was?	( )	( )	_____
Leiden Sie unter Stress?	( )	( )	( )
Wie viele Tassen Kaffee täglich?	_____		
Alkoholkonsum (auch Bier, Wein)	( )	( )	_____
Corona Impfungen – wie viele?	_____		
Wie viele Stunden schlafen Sie?	_____		
Essen Sie regelmäßig?	( )	( )	

**Was essen Sie? -> Protokoll bitte auch ausfüllen:**

- Täglich Obst / Gemüse ( ) ( )
- Täglich Milchprodukte ( ) ( )  
(Joghurt/ Quark/ Milch/ Käse)
- Täglich Fleisch/ Aufschnitt ( ) ( )
- Täglich Brot/Brötchen ( ) ( ) \_\_\_\_\_
- Fertigprodukte/Fast Food ( ) ( ) \_\_\_\_\_
- Vegane Ersatzprodukte ( ) ( ) \_\_\_\_\_
- Süßstoffe/ Zero/ Light Produkte ( ) ( ) \_\_\_\_\_

### Allgemeine Zeichen:

	Ja	Nein	Manchmal	Immer
Blasses Gesicht	( )	( )	( )	( )
Abgeschlagenheit	( )	( )	( )	( )
Antriebsarmut	( )	( )	( )	( )
Müde trotz Schlaf	( )	( )	( )	( )
Kälteempfinden	( )	( )	( )	( )
Kalte Hände/Füße	( )	( )	( )	( )
Geschwollene Hände/Füße	( )	( )	( )	( )
Schweregefühl im Körper	( )	( )	( )	( )
Gewichtszunahme	( )	( )	( )	( )
Nachtschweiß	( )	( )	( )	( )
Herzklopfen/rasen	( )	( )	( )	( )
Luftnot/ Beklemmung	( )	( )	( )	( )
Probleme beim Abnehmen	( )	( )	( )	( )
Haarausfall	( )	( )	( )	( )
Brüchige Fingernägel	( )	( )	( )	( )
Hitzeempfindlich	( )	( )	( )	( )
Schwitzen an Hände/Füße	( )	( )	( )	( )
Häufige Infekte	( )	( )	( )	( )
Pilzinfektionen	( )	( )	( )	( )
Myome/Lipome/Zysten	( )	( )	( )	( )
Tinnitus/ Ohrgeräusche	( )	( )	( )	( )
Migräne/ Kopfschmerzen	( )	( )	( )	( )
Vermehrter Harndrang	( )	( )	( )	( )
Harnwegsinfekte	( )	( )	( )	( )
Einschlafstörungen	( )	( )	( )	( )
Durchschlafstörung	( )	( )	( )	( )

### Verdauungstrakt

	Ja	Nein	Manchmal	Immer
Bauchkrämpfe	( )	( )	( )	( )
Völlegefühl	( )	( )	( )	( )
Blähungen/ geblähter Bauch	( )	( )	( )	( )
Übelkeit ( ) Erbrechen ( )	( )	( )	( )	( )
Verschlimmerung durch Essen	( )	( )	( )	( )
Druck im Oberbauch	( )	( )	( )	( )

	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>	<b>Manchmal</b>	<b>Immer</b>
Täglicher Stuhlgang (normal)	( )	( )	( )	( )
Durchfall, wie oft _____	( )	( )	( )	( )
Breiiger Stuhlgang	( )	( )	( )	( )
Verstopfung	( )	( )	( )	( )
Blut im Stuhl	( )	( )	( )	( )
Stark riechender Stuhlgang	( )	( )	( )	( )
Magenschleimhautentzündung	( )	( )	( )	( )
Sodbrennen/ Reflux	( )	( )	( )	( )
Mundgeruch	( )	( )	( )	( )
Zahnfleischbluten	( )	( )	( )	( )
Trockener Mund	( )	( )	( )	( )
Bitterer Geschmack	( )	( )	( )	( )
Fettleber bekannt?	( )	( )		
Schilddrüsenunterfunktion	( )	( )		
Schilddrüsenüberfunktion	( )	( )		
Hashimoto (Entzündung)	( )	( )		
Zahnbeschwerden	( )	( )		
Implantate/ Füllungen (z.B. Amalgam/ Kunststoff)	( )	( )	Welches Material _____	

### **Haut**

	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>	<b>Manchmal</b>	<b>Immer</b>
Hautausschlag	( )	( )	( )	( )
Trockene Haut	( )	( )	( )	( )
Juckreiz	( )	( )	( )	( )
Pickel/ Akne	( )	( )	( )	( )
Mit Eiterbildung	( )	( )	( )	( )
Nur Gesicht	( )	( )	( )	( )
Neurodermitis	( )	( )	( )	( )

### **Emotionen**

	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>	<b>Manchmal</b>	<b>Immer</b>
Schnell aufbrausend	( )	( )	( )	( )
Nervosität	( )	( )	( )	( )
Konzentrationsstörung	( )	( )	( )	( )
Nebel im Kopf (Brain Fog)	( )	( )	( )	( )
Gedankenkreisen vorm schlafen	( )	( )	( )	( )
Grübeln/ Dinge zu Herzen nehmen	( )	( )	( )	( )
Depression	( )	( )	( )	( )
Angstgefühl	( )	( )	( )	( )

**Zusatz Frauen:**

	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>	<b>Manchmal</b>	<b>Immer</b>
Menstruationsstörung	( )	( )	( )	( )
Zyklus regelmäßig	( )	( )	( )	( )
Schmierblutungen	( )	( )	( )	( )
Vermehrter Ausfluss	( )	( )	( )	( )
Einnehme Pille ( ) Spirale ( )	( )	( )	( )	( )
Schmerzen während der Mens	( )	( )	( )	( )
Menopause	( )	( )	( )	( )
Hormonelle Tabletten	( )	( )	welche? _____	
Kinderwunsch	( )	( )		
Blasenentzündungen	( )	( )	( )	
Vermehrter Harndrang	( )	( )	( )	
Wechseljahrbeschwerden	( )	( )	( )	( )
Stimmungsschwankungen	( )	( )	( )	( )
Hitzewallungen	( )	( )	( )	( )
Vermehrter Haarwuchs	( )	( )	( )	( )

Wenn ja, wie äußern sich diese?

---

---

**Für Kinder unter 10 Jahren**

- **Geburt:** normal oder per Kaiserschnitt? \_\_\_\_\_
- **Wie oft Antibiotikagabe?** \_\_\_\_\_
- **Wie oft Antibiotika vor dem 5. Lebensjahr?** \_\_\_\_\_
- **Wurde gestillt? Wielange?** \_\_\_\_\_
- **Mutter: Impfungen während der Schwangerschaft?** \_\_\_\_\_
  
- **Welche Impfungen im 1. Lebensjahr?**
  - ➔ Tetanus/Diphtherie/Keuchhusten ( )
  - ➔ 6-fach Impfung nach STIKO ( )
  - ➔ Meningokokken (Hirnhautentzündung) ( )
  - ➔ Rotaviren ( )
  - ➔ RSV Impfung für Babys ( )
  - ➔ Mumps/Masern/Röteln (MMR) ( )

Welche Beschwerden oder Komplikationen traten nach den Impfungen auf?

---

## Ernährungsprotokoll

	<b>Frühstück</b>	<b>Mittagessen</b>	<b>Abendessen</b>	<b>Beschwerden</b>
Montag				
Dienstag				
Mittwoch				
Donnerstag				
Freitag				
Samstag				
Sonntag				



## Einverständniserklärung

**Maïke Heeren**

**Heisfelderstraße 186**

**26789 Leer**

\_\_\_\_\_ (Patienten Vor,- und Nachname)

Geburtsdatum:

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Telefon / Mobil

E-Mail

### Falls zutreffend bitte ausfüllen -> Abweichender Rechnungsempfänger / Zahlungspflichtiger

Name, Vorname

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

### Bitte Ankreuzen:

**Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass ich die Kosten der Behandlung/ Beratung selbst bezahlen muss.**

Bei Laboruntersuchungen sind die Laborkosten separat zu zahlen. Die Auswertung, Befundung, Besprechung und Anpassung des Therapieplan erfolgt im Anschluss in meiner Praxis und wir nach dem normalen Stundensatz abgerechnet. (Besprechungstermin vor Ort oder Telefonisch möglich)

**Ich bin gesetzlich versichert und Selbstzahler. - Die Behandlung/Beratung wird in Bar gezahlt.**

**Ich bin privat versichert und benötige eine separate Rechnung für meine private Krankenversicherung.**

Mir ist bekannt, dass die Rechnung dennoch abgelehnt werden kann. Im Fall einer Nichterstattung durch die Versicherung, werde ich die Kosten in vollem Umfang selber übernehmen.

Sollte ein Termin nicht eingehalten werden können, bitte ich Sie, diesen spätestens am Vortag abzusagen (48 Stunden vorher) Wird ein Termin nicht rechtzeitig abgesagt, werden 50% der geplanten Behandlungskosten in Rechnung gestellt.

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift des Patienten)