



Vorname: _____

Name: _____

Straße: _____

Postleitzahl/Ort: _____

Geburtsdatum: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Krankenversicherung: _____

Zusatzversicherung für Naturheilverfahren? _____

Datenschutzrechtliche Einwilligung:

Ich bin damit einverstanden, dass meine persönlichen Daten und meine Behandlungsdaten von Herr Peter Lauber elektronisch gespeichert werden. (Innerhalb der Praxis haben alle unter Schweigepflicht stehenden Mitarbeiter Zugang zu meinen Daten.)

Ich stimme zu Ich stimme nicht zu

Ich bin einverstanden, dass Herr Peter Lauber **bei medizinischer Notwendigkeit** Informationen mit mitbehandelnden Ärzten/Therapeuten, Krankenhäusern, Mitgliedern der helfenden Berufe im Rahmen des Datenschutzes austauschen darf.

Ich stimme zu Ich stimme nicht zu

Ich möchte an Kurse (z.B. Schröpfen, Qigong), Veranstaltungen oder Früherkennungsuntersuchungen von der Praxis gmt-lauber erinnert werden.

Telefonisch per E-Mail per Post gar nicht

Ich bin einverstanden, dass mir meine Rechnung auch als E-Mail zugestellt werden darf.

Ich stimme zu Ich stimme nicht zu

Die Behandlung in der Praxis gmt-lauber erfolgt auf privater Basis gegen Rechnung oder Barzahlung (nach erfolgter Konsultation) auf Basis der Gebührenordnung für Heilpraktiker GebüH/analog GOÄ. **Mir ist bekannt, dass ich die Behandlungskosten selber tragen muss.**

Walluf, den

Unterschrift



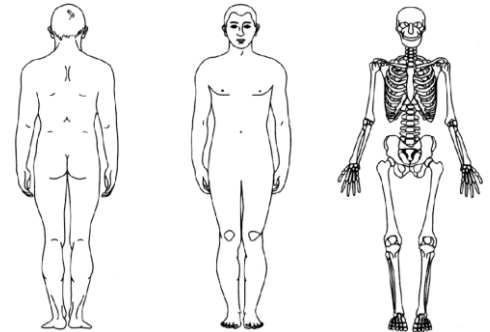
Name: _____

Datum: _____

Bei den Fragen stehen Hinweise, was möglicherweise für die chinesische Diagnose von Bedeutung sein könnte.

Bitte Zutreffendes einkreisen oder unterstreichen!!!

Hauptbeschwerden und/oder Schmerzen:



Diese Skizze ist für den Behandler

Familienstand:

Berufliche Belastung:

Schmerzqualität z. B. Spannend und wandernd ? Stechend und lokalisiert? Schweregefühl ?
Kolikartig" Anfallsweise? Ziehend, Krampfartig, Kurz? Dumpf? Oberflächlich? Kalt? Brennend?

Temperaturempfinden: Ist Ihnen häufig zu warm oder zu kalt? Leiden Sie unter kalten Händen
und/oder Füßen, haben Sie Hitzegefühle?

Schwitzen: Schwitzen Sie schnell, nachts, nur an einem Körperteil, nie, anfallsartig?

Durst: Haben Sie Durst? Trinken Sie weil man muss? Trinken Sie viel oder wenig?
Was trinken Sie? Warm oder Kalt?

Mundgeschmack: Haben Sie manchmal einen besonderen Mundgeschmack? Bitter, Sauer,
Muffig?

Urin: Wie oft müssen Sie Wasser lassen, haben sie Beschwerden, müssen Sie nachts aufstehen?
Haben Sie eine Neigung zu Blasenentzündungen? Haben Sie manchmal einen Ausfluss?

Stuhlgang: Ist der Stuhlgang hart, weich, geformt, breiförmig, wässrig, hell, dunkel, viel, wenig,
täglich, mehrfach täglich, selten, wie Schafskot?

– Bitte wenden –

