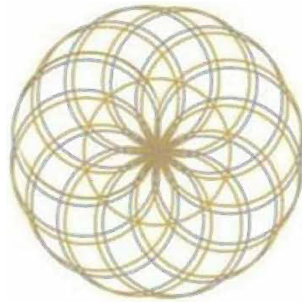


Privatpraxis am Marienplatz

Georg Wiegand, FA
Dermatologie * Venerologie * Allergologie
Ambulante Operationen

Marienplatz 1 * 33098 Paderborn
Tel: +49 5251 2 53 56
Fax: +49 52 51 / 39 80 682
www.Hautarzt-Wiegand.de
termin@Hautarzt-Wiegand.de



Ästhetische Medizin * Laser * Anti-Aging
Botox * Hyaluron * PRP * Lipolyse

Regulationsmedizin nach Klinghardt
Kinesiologie * MFT * EmotionCode
Routine- und Speziallabor
Vitalstoffe * Hormone
Detox * Chelate
PhotonWave * TimeWaver
Neuraltherapie

Anamnese – Fragebogen systemische Medizin

Chronische Erkrankungen sind mit Diagnose- und Therapiemethoden, die in der Akut-Medizin bewährt sind, kaum beherrschbar. Dies ist einer der Hauptgründe dafür, dass die medizinische Versorgung in der Krise steckt.

Physik, Chemie und Biologie gründen längst auf einem systemischen Konzept, das dem Kritischen Rationalismus folgt und sich in der Theorie der Selbstorganisation sowie in der Theorie komplexer, sich selbst regulierender Systeme entfaltet. Die Medizin ist dazu angehalten, den Anschluss an die Entwicklung der Naturwissenschaften zu finden.

Eine systemisch orientierte Medizin wird den Menschen als ein komplexes, sich selbst regulierendes biologisches System betrachten, das in Beziehung zu wechselnden Lebensbedingungen steht. Nur wenn die Medizin auch die individuellen Lebensbedingungen berücksichtigt, wird sie Erfolg haben bei der Bewältigung chronischer Erkrankungen. Sie wird in ihr Konzept nicht nur die Therapie, sondern auch die Gesundheitsbildung und die Prävention mit einbeziehen.

Name, Vorname Straße, Hausnummer
PLZ, Wohnort Tel privat / mobil
Tel dienstlich Hausarzt
Körpergröße.....cm / Körpergewichtkg / Geburtsdatum / Alter: Jahre
Beruf Tätigkeit

Bitte schreiben Sie Ihre Krankengeschichte in Stichpunkten in der richtigen Reihenfolge auf.

Vergessen Sie nicht alle Kinderkrankheiten (Masern, Mumps, Röteln, Diphtherie, Keuchhusten, Scharlach, Windpocken) , Unfälle und Verletzungen, Zahnextraktionen, Zeitpunkt der 1. Regel, Geburten, Unterbrechungen, alle Operationen sowie lebensverändernde Ereignisse, auch z.B. Traumata.

Jahreszahl	Erkrankung / Ereignis
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Wegen welcher Beschwerden suchen Sie heute unsere Praxis auf?

Welche Medikamente nehmen Sie z. Zt. Ein?

Haben Sie Allergien?

Besteht eine infektiöse Erkrankung z. B. Hepatitis oder AIDS ? _____ ja _____ nein
Wieviel Covid-mRNA-Behandlungen hatten Sie? → → → → → Keine O // _____ mal

Datum Unterschrift (bei Minderjährigen: Erziehungsberechtigte(r))