



Anamnesebogen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

Herzlich Willkommen in meiner Praxis.

Da in der Naturheilkunde ganzheitlich gedacht wird und um alle körperlichen Zusammenhänge Ihrer Beschwerden zu berücksichtigen, bitte ich Sie diesen Anamnesebogen auszufüllen.

Je genauer und umfasser Ihre Angaben sind, desto besser kann ich diagnostizieren und ein auf Sie persönlich abgestimmtes Behandlungskonzept erstellen.

Vielen Dank - Ihre Karin Hermann

Seit dem 25.5.2018 gilt die neue EU-Datenschutz-Grundverordnung. Als Heilpraktikerin bin ich verpflichtet, Sie über die Erhebung, Weiterverarbeitung und Speicherung Ihrer Daten zu informieren. Im Anhang finden Sie dazu ausführliche Information, die ich Sie bitte durchzulesen.

Name _____ Vorname _____

Strasse _____ PLZ, Wohnort _____

Geburtsdatum _____ Geburtsland _____

Telefon _____ mobil _____

e-mail _____ RE per email ja nein
(siehe Datenschutz!)

Beruf/Ausbildungen _____

Versicherung gesetzlich _____ Zusatzversicherung bei _____
 privat bei _____ Beihilfe bei Bund Land

Familienstand

Single in einer Beziehung verwitwet
 verheiratet geschieden getrennt lebend
 Kinder (Alter, Geschlecht) _____
 Geschwister (Alter, Geschlecht) _____

Wie sind Sie auf mich aufmerksam geworden?

Internet Anzeige/Flyer Empfehlung von _____

1. Welche Beschwerden sind Anlass für diesen Termin, seit wann bestehen sie?

2. Gibt es einen Auslöser? (Trauer, Unfall, Impfung, Medikamente, ...)

3. Haben Sie bereits Therapieformen diesbezüglich in Anspruch genommen? Welche?

4. Weitere Beschwerden /Indikationen: _____

5. Haben Sie Schmerzen, wenn ja, wo?

- | | | |
|---|------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Kopf | <input type="checkbox"/> Zähne | <input type="checkbox"/> Nacken/Schultern |
| <input type="checkbox"/> Wirbelsäule | <input type="checkbox"/> Unterleib | <input type="checkbox"/> Magen/Darbereich |
| <input type="checkbox"/> Beine | | |
| <input type="checkbox"/> sonstige _____ | | |
-
-

6. Welche Operationen, Unfälle hatten Sie bereits? Wann jeweils?

7. Haben Sie Narben, Tattoos, Piercings?

- Nein wenn ja, wo? _____

8. Welche Medikamente nehmen Sie momentan ein? (evtl. mitbringen)

9. Wann erfolgte die letzte Antibiotika-Therapie?

10. Nehmen Sie blutverdünnende Mittel?

- nein ja, welche _____

11. Sind Schilddrüsen- oder Autoimmun-Erkrankungen bekannt?

- nein ja, welche _____

12. Welche Impfungen/Auffrischungen haben Sie bekommen? Ggfs. Impfbuch mitbringen.

13. Rauchen Sie?

- ja, Anzahl pro Tag ____ nein früher _____

14. Treiben Sie Sport?

- 2x / Woche oder öfter gelegentlich nein

15. Welche Allergien oder Unverträglichkeiten sind bekannt?

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Heuschnupfen | <input type="checkbox"/> Tierhaare | <input type="checkbox"/> Penicillin |
| <input type="checkbox"/> Hausstaub | <input type="checkbox"/> Lidocain/Procain | <input type="checkbox"/> ASS (z.B. Aspirin) |
| <input type="checkbox"/> Pollen | <input type="checkbox"/> Milben | <input type="checkbox"/> Metalle |
| <input type="checkbox"/> auf Nahrungsmittel, bitte nennen: _____ | | |
| <input type="checkbox"/> Sonstige Allergien, bitte nennen: _____ | | |

16. Was gilt es bzgl. Ihrer Zähne/Füllungen zu berücksichtigen?

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Gold / Kronen | <input type="checkbox"/> Wurzelbehandlung | <input type="checkbox"/> tote Zähne |
| <input type="checkbox"/> Implantate | <input type="checkbox"/> Brücken | <input type="checkbox"/> Weisheitszähne _____ |
| <input type="checkbox"/> Amalgam | <input type="checkbox"/> Amalgam entfernt, wann? _____ | |
| <input type="checkbox"/> andere Füllungen | <input type="checkbox"/> sonst. Zahnprobleme _____ | |

17. Welche Erkrankungen sind in Ihrer Familie bekannt?

mütterliche Seite = **M** väterliche Seite = **V** Geschwister = **G**

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Allergien | <input type="checkbox"/> Tuberkulose | <input type="checkbox"/> Steinerkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Herzerkrankungen | <input type="checkbox"/> Hauterkrankungen | <input type="checkbox"/> Asthma |
| <input type="checkbox"/> Gefäßerkrankungen | <input type="checkbox"/> Gicht | <input type="checkbox"/> Tumorerkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Multiple Sklerose | <input type="checkbox"/> Rheuma | <input type="checkbox"/> Geschlechtskrankheiten |
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Selbstmord/Suizid | <input type="checkbox"/> psychische Erkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> sonstige Erkrankungen _____ | |

18. Welche Infektionskrankheiten haben Sie bereits durchgemacht?

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Masern | <input type="checkbox"/> Tetanus | <input type="checkbox"/> Keuchhusten |
| <input type="checkbox"/> Mumps | <input type="checkbox"/> TBC | <input type="checkbox"/> Kinderlähmung |
| <input type="checkbox"/> Röteln | <input type="checkbox"/> Typhus | <input type="checkbox"/> Gonorrhoe |
| <input type="checkbox"/> Scharlach | <input type="checkbox"/> Borreliose | <input type="checkbox"/> Syphilis |
| <input type="checkbox"/> Windpocken | <input type="checkbox"/> FSME | <input type="checkbox"/> Tropenkrankheiten |
| <input type="checkbox"/> Grippe (Influenza) | <input type="checkbox"/> Aids | <input type="checkbox"/> Pfeiffersches Drüsenfieber |
| <input type="checkbox"/> Salmonellose | <input type="checkbox"/> sonstige _____ | |

19. Wie schlafen Sie?

- | | | |
|---|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Schwierigkeiten beim Einschlafen | <input type="checkbox"/> Zähnknirschen | |
| <input type="checkbox"/> Schlaflosigkeit | <input type="checkbox"/> lebhafte Träume | |
| <input type="checkbox"/> häufiges Erwachen | Uhrzeit: _____ | <input type="checkbox"/> keine Träume |
| <input type="checkbox"/> nächtl. Wasserlassen | Uhrzeit: _____ | <input type="checkbox"/> Nachtschweiß |
| <input type="checkbox"/> Sprechen im Schlaf | <input type="checkbox"/> Seitenlage | <input type="checkbox"/> Schnarchen |
| <input type="checkbox"/> Bauchlage | | <input type="checkbox"/> Rückenlage |

20. Sexualität:

Libido/Lust

- | | | |
|------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> verstärkt | <input type="checkbox"/> vermindert | <input type="checkbox"/> normal |
|------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|

Beschwerden beim Geschlechtsverkehr

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Scheidentrockenheit | <input type="checkbox"/> vorzeitige Ejakulation |
| <input type="checkbox"/> mangelnde Befriedigung/Orgasmusfähigkeit | <input type="checkbox"/> Potenzprobleme |
| <input type="checkbox"/> unbefriedigte Sexualität | |
| sonstiges _____ | |

21. Für Patienten:

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Prostataprobleme | <input type="checkbox"/> Beschwerden beim Wasserlassen | <input type="checkbox"/> sonstiges _____ |
|---|--|--|

22. Für Patientinnen:

Monatsblutung:

- | | | |
|---------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> regelmäßig | <input type="checkbox"/> unregelmäßig | <input type="checkbox"/> keine Blutung |
| <input type="checkbox"/> schwach | <input type="checkbox"/> stark | <input type="checkbox"/> klumpig |
| <input type="checkbox"/> Brustspannen | <input type="checkbox"/> Zwischenblutungen | <input type="checkbox"/> PräMenstruelles Syndrom (PMS) |
| Blutungsdauer _____ | | |

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ausfluss | <input type="checkbox"/> Zysten / Myome | <input type="checkbox"/> Tumore |
| <input type="checkbox"/> Geburten _____ | <input type="checkbox"/> Fehlgeburten | <input type="checkbox"/> Ausschabungen |
| <input type="checkbox"/> Menopause seit _____ | <input type="checkbox"/> Hormonbehandlungen | <input type="checkbox"/> klimakterische Beschwerden |

- Verhütung - auch früher _____

23. Wie hoch ist Ihre psychische Belastung (Stress) auf einer Skala von 1-10? _____

(1 = schwach 10 = sehr hoch)

24. Neigen Sie eher zum

- Schwitzen Frieren kalte Hände/Füße

25. Wie ist Ihre Verdauung?

- Stuhlgang ___ x täglich ___ x wöchentlich
- Verstopfung Durchfall Hämorrhoiden
- vermehrt Blähungen vermehrt Aufstoßen Völlegefühl n.d. Essen
- Magengeschwür Gastritis Sodbrennen
- Appetitlosigkeit Heliobakter pylori Heißhunger auf _____

26. Wieviel trinken Sie täglich? (nur stilles Wasser und Kräutertee, ohne Fruchtsaft, Kaffee, Alkohol,...)

- 3 Liter 2 Liter 1 Liter
- 500 ml mehr weniger

27. Welche Nahrungsergänzungsmittel nehmen Sie zur Zeit ein? (Vitamine, Mineralstoffe,...)

28. Wie setzt sich Ihre Ernährung zusammen:

Nahrungsmittel	täglich	2-3x/Woche	selten	nie
Fleisch/Wurstwaren:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kuhmilch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Milchprodukte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fisch/Meeresfrüchte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weizen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
andere Getreide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
weißer Zucker/Süßigkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Margarine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Butter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gemüse frisch o. Tiefkühl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Obst frisch o. Tiefkühl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kaffee/Tee	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Säfte/gesüßte Getränke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alkohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fertigprodukte (Maggi u.ä.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

29. Bitte kreuzen Sie die Themen an, die mit Ihnen in Beziehung stehen:

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Nervosität | <input type="checkbox"/> Stress | <input type="checkbox"/> Alkoholkonsum |
| <input type="checkbox"/> Bereuen | <input type="checkbox"/> Schmerz | <input type="checkbox"/> Drogenkonsum (auch Zigaretten) |
| <input type="checkbox"/> Finanzen | <input type="checkbox"/> Scheidung | <input type="checkbox"/> Entscheidungsfähigkeit |
| <input type="checkbox"/> Unglücklichsein | <input type="checkbox"/> Selbstkontrolle | <input type="checkbox"/> Motivation |
| <input type="checkbox"/> Arbeit | <input type="checkbox"/> Trennung | <input type="checkbox"/> Schüchternheit |
| <input type="checkbox"/> Ehrgeiz | <input type="checkbox"/> Entspannung | <input type="checkbox"/> Vergesslichkeit |
| <input type="checkbox"/> Energie | <input type="checkbox"/> Gedächtnis | <input type="checkbox"/> Rechtsprobleme |
| <input type="checkbox"/> Einsamkeit | <input type="checkbox"/> Elternschaft | <input type="checkbox"/> Schlaflosigkeit |
| <input type="checkbox"/> Albträume | <input type="checkbox"/> Unzufriedenheit | <input type="checkbox"/> Konzentration |
| <input type="checkbox"/> Freunde | <input type="checkbox"/> Panikattacken | <input type="checkbox"/> Selbstmordgedanken |
| <input type="checkbox"/> Unterlegenheit | <input type="checkbox"/> Selbstverwirklichung | <input type="checkbox"/> Quälende Erinnerungen |
| <input type="checkbox"/> Müdigkeit | <input type="checkbox"/> Depression | <input type="checkbox"/> Gereiztheit |
| <input type="checkbox"/> Kinder | <input type="checkbox"/> Ärger | <input type="checkbox"/> Sexuelle Probleme |
| <input type="checkbox"/> Sozialverhalten | <input type="checkbox"/> Ängste | <input type="checkbox"/> Niedergeschlagenheit |
| <input type="checkbox"/> Partnerschaft | <input type="checkbox"/> Feinde | <input type="checkbox"/> Gedankenkarussell |
| <input type="checkbox"/> Familie | <input type="checkbox"/> Schwindel | <input type="checkbox"/> Lebensplanung |

Vielen Dank für Ihre Offenheit.

Bitte bringen Sie Ihre aktuellen Blutbilder und Befunde zum ersten/nächsten Termin mit.

PATIENTENINFORMATION ZUM DATENSCHUTZ

**Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
Bitte nehmen Sie sich einen Moment Zeit, die Informationen aufmerksam zu lesen.**

Der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten ist mir wichtig. Nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) bin ich verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck meine Praxis Daten erhebt, speichert oder weiterleitet. Der Information können Sie auch entnehmen, welche Rechte Sie in puncto Datenschutz haben.

1. VERANTWORTLICHKEIT FÜR DIE DATENVERARBEITUNG

Verantwortlich für die Datenverarbeitung ist:

Praxisname: **Gesundheitspraxis Karin Hermann**

Adresse: Gutenbergstr. 7, 85354 Freising, Tel: 0172 64 835 46, E-Mail: info@gesundheitspraxis-freisng.de

2. ZWECK DER DATENVERARBEITUNG

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und Ihrem Arzt und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen.

Hierzu verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Ihre Gesundheitsdaten. Dazu zählen Anamnesen, Diagnosen, Therapieempfehlungen und Befunde, die wir oder andere Ärzte erheben. Zu diesen Zwecken können uns auch andere Ärzte oder Psychotherapeuten, bei denen Sie in Behandlung sind, Daten zur Verfügung stellen (z.B. in Arztbriefen). Die Erhebung von Gesundheitsdaten ist Voraussetzung für Ihre Behandlung. Werden die notwendigen Informationen nicht bereitgestellt, kann eine sorgfältige Behandlung nicht erfolgen.

3. EMPFÄNGER IHRER DATEN

Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder wenn Sie hierzu Ihre Einwilligung erteilt haben.

Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten können v. a. andere Heilpraktiker/Ärzte/Psychotherapeuten, Krankenkassen und Verrechnungsstellen sein.

Die Übermittlung zum Zwecke der Abrechnung der bei Ihnen erbrachten Leistungen geht an den Abrechnungsservice Anita Heiss, Peiting. Im Einzelfall kann die Übermittlung von Daten an weitere berechnete Empfänger erfolgen.

4. SPEICHERUNG IHRER DATEN

Wir bewahren Ihre personenbezogenen Daten nur solange auf, wie dies für die Durchführung der Behandlung erforderlich ist.

Aufgrund rechtlicher Vorgaben sind wir dazu verpflichtet, diese Daten mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren (§ 630 f BGB). Nach anderen Vorschriften können sich längere Aufbewahrungsfristen ergeben, zum Beispiel 30 Jahre bei Röntgenaufzeichnungen laut Paragraph 28 Absatz 3 der Röntgenverordnung.

5. IHRE RECHTE

Sie haben das Recht, über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten Auskunft zu erhalten. Auch können Sie die Berichtigung unrichtiger Daten verlangen.

Darüber hinaus steht Ihnen unter bestimmten Voraussetzungen das Recht auf Löschung von Daten, das Recht auf Einschränkung der Datenverarbeitung sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit zu.

Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt auf Basis von gesetzlichen Regelungen.

Nur in Ausnahmefällen benötigen wir Ihr Einverständnis. In diesen Fällen haben Sie das Recht, die Einwilligung für die zukünftige Verarbeitung zu widerrufen.

Sie haben ferner das Recht, sich bei der zuständigen Aufsichtsbehörde für den Datenschutz zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt.

6. RECHTLICHE GRUNDLAGEN

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist Art. 9 Abs. 2 h DSGVO i.V.m. § 22 Abs. 1 Nr. 1 b BDSG, Art. 6 Abs. 1 b DSGVO.

7. WHATS APP, EMAIL UND ANDERE DIENSTE

Ich versende, Ihr Einverständnis vorausgesetzt, Rechnungen und andere Infos per verschlüsselter email. Im Falle einer Kommunikation über WhatsApp, muss ich Sie darauf hinweisen, dass dieser Dienst nicht vor dem Zugriff Dritter sicher ist. Daher empfehle ich per SMS mit mir in Kontakt zu treten.

Sollten Sie zu diesen Ausführungen Fragen haben, wenden Sie sich gerne an mich.

Kosten

Ich berechne einen Stundensatz von 90,-€ / Stunde

für Privatpatienten:

Meine Behandlungen werden in der Regel von **privaten Krankenversicherungen und der Beihilfe** bezuschusst oder ganz übernommen. Manche Therapien sind jedoch nur teilweise erstattungsfähig.

Bezüglich der Kostenübernahme besprechen Sie sich bitte selbst mit Ihrer Versicherung .

Ich führe keine Direktabrechnungen mit den Kassen durch.

Sie bekommen eine Rechnung über die Behandlungsgebühren (nach der GebüH für Heilpraktiker), die Sie auch im Fall einer Nichterstattung durch Ihre Versicherung/Beihilfe voll zu bezahlen haben.

Da ich meine Zeit in erster Linie Ihnen als Patient widmen möchte, habe ich den Abrechnungsservice von Frau Anita Heiss / Peiting mit der Rechnungsstellung beauftragt.

Die an sie weitergegeben Informationen unterliegen dem Datenschutzgesetz (§5 Schweigepflicht)

für gesetzlich Versicherte:

Gesetzliche Krankenversicherungen erstatten die anfallenden Kosten leider nicht.

Sie sind somit eigenständig als Selbstzahlerleistung zu tragen, es sei denn, Sie haben eine Krankenzusatzversicherung für Heilpraktikerleistungen.

Meine Praxis ist eine reine Bestellpraxis, die Ihnen unnötige Wartezeiten erspart.

Die für Sie reservierte Zeit ist verbindlich. Bitte haben Sie dafür Verständnis, dass Termine, die nicht mindestens 24 h vorher abgesagt werden, zum ermäßigten Stundensatz (LG Hannover AZ: 19 S 34/97) in Rechnung gestellt werden müssen.

Als Patient erkläre ich, dass ich mich eigenverantwortlich in die Behandlung begeben, aus Folgen keinerlei Haftungsansprüche ableite und mit den oben genannten Regelungen einverstanden bin. Die Patienteninformation zum Datenschutz habe ich gelesen.

Datum, Unterschrift _____

Name in Druckbuchstaben: _____