



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 umfassender 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?

- | | | |
|---|--|--|
| ☐ Kopf | ☐ Zähne | ☐ Nacken/Schultern |
| ☐ Wirbelsäule | ☐ Unterleib | ☐ Magen/Darmbereich |
| ☐ Beine | ☐ generalisiert | |
| ☐ sonstige _____ | | |

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

7. Haben Sie Narben, Tattoos, Piercings? bitte ggf. unterstreichen

- ☐ 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?

- | | | |
|--|---|---|
| ☐ Heuschnupfen | ☐ Tierhaare | ☐ Penicillin |
| ☐ Hausstaub | ☐ Lidocain/Procain | ☐ ASS (z.B. Aspirin) |
| ☐ Pollen | ☐ Milben | ☐ Metalle |
| ☐ auf Nahrungsmittel, bitte nennen: _____ | | |
| Sonstige Allergien, bitte nennen: _____ | | |

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

- | | | |
|---|--|---|
| ☐ Gold / Kronen | ☐ Wurzelbehandlung | ☐ tote Zähne |
| ☐ Implantate | ☐ Brücken | ☐ Weisheitszähne _____ |
| ☐ Amalgam | ☐ Amalgam entfernt, wann? _____ | |
| ☐ andere Füllungen | ☐ sonst. Zahnprobleme _____ | |

17. Welche Erkrankungen sind in Ihrer Familie bekannt?

mütterliche Seite = M väterliche Seite = V Geschwister = G

- | | | |
|--|--|--|
| ☐ Allergien | ☐ Tuberkulose | ☐ Steinerkrankungen |
| ☐ Herzerkrankungen | ☐ Hauterkrankungen | ☐ Asthma |
| ☐ Gefäßerkrankungen | ☐ Gicht | ☐ Tumorerkrankungen |
| ☐ Multiple Sklerose | ☐ Rheuma | ☐ Geschlechtskrankheiten |
| ☐ Bluthochdruck | ☐ Selbstmord/Suizid | ☐ psychische Erkrankungen |
| ☐ Diabetes | ☐ sonstige Erkrankungen _____ | |

18. Welche Infektionskrankheiten haben Sie bereits durchgemacht?

- | | | |
|---|---|---|
| ☐ Masern | ☐ Tetanus | ☐ Keuchhusten |
| ☐ Mumps | ☐ TBC | ☐ Kinderlähmung |
| ☐ Röteln | ☐ Typhus | ☐ Gonorrhoe |
| ☐ Scharlach | ☐ Borreliose | ☐ Syphilis |
| ☐ Windpocken | ☐ FSME | ☐ Tropenkrankheiten |
| ☐ Grippe (Influenza) | ☐ Aids | ☐ Pfeiffersches Drüsenfieber |
| ☐ Salmonellose | ☐ sonstige _____ | ☐ Corona |

19. Wie schlafen Sie?

- | | |
|---|--|
| ☐ Schwierigkeiten beim Einschlafen | ☐ Zähneknirschen |
| ☐ Schlaflosigkeit | ☐ lebhafte Träume |
| ☐ häufiges Erwachen Uhrzeit: _____ | ☐ keine Träume |
| ☐ nächtl. Wasserlassen Uhrzeit: _____ | ☐ Nachtschweiß |
| ☐ Sprechen im Schlaf | ☐ Schnarchen |
| ☐ Bauchlage | ☐ Rückenlage |
| ☐ Seitenlage | |

20. Sexualität:

Libido/Lust

- | | | |
|------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|
| ☐ verstärkt | ☐ vermindert | ☐ normal |
|------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|

Beschwerden beim Geschlechtsverkehr

- | | |
|---|---|
| ☐ Scheidentrockenheit | ☐ vorzeitige Ejakulation |
| ☐ mangelnde Befriedigung/Orgasmusfähigkeit | ☐ Potenzprobleme |
| ☐ unbefriedigte Sexualität | |
| sonstiges _____ | |

21. Für Patienten:

- | | | |
|---|--|--|
| ☐ Prostataprobleme | ☐ Beschwerden beim Wasserlassen | ☐ sonstiges _____ |
|---|--|--|

22. Für Patientinnen:

Monatsblutung: Zykluslänge _____ Tage (vom 1. Tag der Periode bis zur erneuten Blutung)

- | | | |
|---------------------------------------|--|--|
| ☐ regelmäßig | ☐ unregelmäßig | ☐ keine Blutung |
| ☐ schwach | ☐ stark | ☐ klumpig |
| ☐ Brustspannen | ☐ Zwischenblutungen | ☐ PräMenstruelles Syndrom (PMS) |
| Blutungsdauer _____ Tage | | |

- | | | |
|---|---|---|
| ☐ Ausfluss | ☐ Zysten / Myome | ☐ Tumore |
| ☐ Geburten _____ | ☐ Fehlgeburten | ☐ Ausschabungen |
| ☐ Menopause seit _____ | ☐ Hormonbehandlungen | ☐ 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?

- | | | |
|---|---|---|
| <u>Stuhlgang</u> | ___ 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 und was trinken Sie täglich? (Wasser / Kräutertee, ohne Fruchtsaft, Kaffee, Alkohol,...)

- | | | | |
|------------------------------------|--|--|---|
| ☐ 0-500 ml | ☐ 500 ml -1 Liter | ☐ 1-2 Liter | ☐ Leitungswasser |
| ☐ 2-3 Liter | ☐ mehr | ☐ Mineralwasser/Marke _____ | |

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:	☐	☐	☐	☐	Frühstück
Kuhmilch	☐	☐	☐	☐	☐ ja ☐ nein
Milchprodukte	☐	☐	☐	☐	
Fisch/Meeresfrüchte	☐	☐	☐	☐	Zwischenmahlzeit
Eier	☐	☐	☐	☐	☐ ja ☐ nein
Soja	☐	☐	☐	☐	
Weizen	☐	☐	☐	☐	Mittagessen
andere Getreide	☐	☐	☐	☐	☐ ja ☐ nein
weißer Zucker/Süßigkeiten	☐	☐	☐	☐	
Margarine	☐	☐	☐	☐	Zwischenmahlzeit
Butter	☐	☐	☐	☐	☐ ja ☐ nein
Gemüse frisch o. Tiefkühl	☐	☐	☐	☐	
Obst frisch o. Tiefkühl	☐	☐	☐	☐	Abendessen
Kaffee/Tee	☐	☐	☐	☐	☐ ja ☐ nein
Säfte/gesüßte Getränke	☐	☐	☐	☐	
Alkohol	☐	☐	☐	☐	Naschen?
Fertigprodukte (Maggi u.ä.)	☐	☐	☐	☐	☐ ja ☐ nein

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

- | | | |
|---|---|---|
| ☐ Nervosität | ☐ Stress | ☐ Alkoholkonsum |
| ☐ Bereuen | ☐ Schmerz | ☐ Drogenkonsum (auch Zigaretten) |
| ☐ Finanzen | ☐ innere Unruhe | ☐ Entscheidungsfähigkeit |
| ☐ Unglücklichsein | ☐ Selbstkontrolle | ☐ Motivation |
| ☐ Arbeit | ☐ Trennung | ☐ Schüchternheit |
| ☐ Ehrgeiz | ☐ Entspannung | ☐ Vergesslichkeit |
| ☐ Energie | ☐ Gedächtnis | ☐ Rechtsprobleme |
| ☐ Einsamkeit | ☐ Elternschaft | ☐ Schlaflosigkeit |
| ☐ Albträume | ☐ Unzufriedenheit | ☐ Konzentration |
| ☐ Freunde | ☐ Panikattacken | ☐ Selbstmordgedanken |
| ☐ Unterlegenheit | ☐ Selbstverwirklichung | ☐ Quälende Erinnerungen |
| ☐ Müdigkeit | ☐ Depression | ☐ Gereiztheit |
| ☐ Kinder | ☐ Ärger | ☐ Sexuelle Probleme |
| ☐ Erschöpfung | ☐ Ängste | ☐ Niedergeschlagenheit |
| ☐ Partnerschaft | ☐ Feinde | ☐ Gedankenkarussell |
| ☐ Familie | ☐ Schwindel | ☐ Lebensplanung |
| ☐ Infektanfälligkeit | ☐ Konfliktfähigkeit | ☐ Abgrenzung |

Vielen Dank für Ihre Offenheit.

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

Kosten

Ich berechne einen Stundensatz von 99,-€ / 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: _____

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: Prinz-Ludwigstr. 24, 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, Therapievorschlüsse 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, Krankenversicherungen 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 berechtigte 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**. Bei Kommunikation über **WhatsApp**, **telegram** 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.

Für Beratungen über diese Medien verrechne ich den üblichen Stundensatz.

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