

**Anamnese - Fragebogen**

Name \_\_\_\_\_ Geburtstag \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_ Tel. privat \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_ Handy \_\_\_\_\_

PLZ – Ort \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

Versicherung:  Gesetzlich  Beihilfe  
 Private Zusatzversicherung  Privat-Versicherung, welcher Tarif?

Beruf? \_\_\_\_\_ Hausarzt? \_\_\_\_\_

**Liebe Patienten,**

bitte nehmen Sie sich ausreichend Zeit, um diesen Fragebogen auszufüllen. Die Beispiele genügt es zu unterstreichen; Sie können jedoch gerne ergänzende Worte zum Krankheitsverlauf oder zur Krankengeschichte notieren.

**Bitte bringen Sie folgende Dinge mit:**

- Alle ärztlichen und therapeutischen Befunde (sofern sie nicht älter als 12 Monate sind)
- Impfpass
- Diesen ausgefüllten Fragebogen
- Beipackzettel der Medikamente, die Sie regelmäßig einnehmen

**Vielen Dank für Ihre Mitarbeit und Ihr Vertrauen!**

**Unter welchen Beschwerden leiden Sie?**

**Was war unmittelbar vor dem ersten Auftreten Ihrer jetzigen Beschwerden?**

z.B. eine Erkrankung, Kummer, Trauer, Schreck, Operation, Hautausschläge, Antibiotikaeinnahme, usw.

*Katharina Kuhn*

HEILPRAKTIKERIN

Welche Krankheiten sind Ihnen in Ihrer Familie bekannt?

z.B. Krebs, Tuberkulose, psychische Erkrankungen, Geschlechtskrankheiten, Epilepsie, Herzkrankheiten, Gefäßkrankheiten, Schlaganfall, Asthma, Zuckerkrankheit, Rheuma, Nierensteine, Gallensteine, Multiple Sklerose, Gicht, Allergien, Schuppenflechte, Neurodermitis, Migräne

.

Welche Impfungen haben Sie bekommen?

Bitte Impfausweis mitbringen

z.B. Grippe, Zecken, Tetanus, Malaria, Gelbfieber, Masern, Röteln, HPV usw.

Bewegungsapparat

z.B. Bewegungseinschränkungen, kribbeln, Taubheitsgefühl, Schmerzen

Hals/ Mandeln

z.B. Operation, häufig Mandelentzündungen als Kind / heute

Ohren

z.B. Probleme links, rechts, beidseitig, Mittelohrentzündung, Schwerhörigkeit, Tinnitus, usw.

Mund

z.B. Geschmack, Trockenheit, Speichelfluss, Aphten, Herpes usw.

Zähne / Zahnfüllmaterialien

z.B. Zahnbeschwerden, tote Zähne, Füllungen

Leber/Galle

z.B. Steine, Völlegefühl

Magen/Darm

z.B. Verdauungsprobleme, Sodbrennen, Hämorrhoiden; Stuhlgang

**Urogenital**

z.B. Blasen-, Harnwegs-, Nierenentzündungen, Juckreiz, Infektionskrankheiten; Urin

**Gynäkologie**

z.B. Ausfluss, Schwangerschaften, Condylome, Wechseljahrsbeschwerden

**Menstruation**

stark, schwach, schmerzhaft, Schmerzen wann;

erste Blutung:

letzte Blutung:

wie verhüten Sie?

**Prostata**

z.B. vergrößert, Beschwerden beim Wasserlassen, „Nachträufeln“

**Haut**

z.B. Muttermale, Warzen, Ausschläge, Neurodermitis, Pilze, Herpes, Brennen, Jucken

**Nägel**

z.B. brüchig, fleckig, Rillen

**Schlaf**

Schlaflosigkeit, Einschlafschwierigkeiten, Durchschlafprobleme, Träume, Zähne knirschen, Nachtschweiß

**Blutgruppe:**

**Körpergröße:**

cm

**aktuelles Gewicht**

kg

**Trinken Sie Alkohol?**

**Rauchen Sie?**

**Ernährung:**

**Verlangen nach süß, sauer, pikant, salzig, Fleisch, Eier, Obst, Nikotin, Alkohol**

**Abneigungen gegen süß, sauer, pikant, salzig, Fleisch, Alkohol**

**Nahrungsmittelunverträglichkeiten?**

**Bewegen Sie sich regelmäßig, treiben Sie Sport?**

**Was und wie viel trinken Sie am Tag?**

**Haben Sie einen „stressigen“ Alltag?**

**Haben Sie Schmerzen? Seit wann und wo haben Sie die Schmerzen?**

**Hatten Sie in der Vergangenheit einen Zeckenbiss? Haben/Hatten Sie eine bekannte Borreliose? Wie wurde diese behandelt?**

**Welche Medikamente und Nahrungsergänzungsmittel nehmen Sie aktuell ein?  
Bitte Beipackzettel mitbringen:**

**Was ist Ihr Ziel ? Welchen Behandlungswunsch haben Sie an mich ?**

## Behandlungsvertrag

Liebe Patienten,

In den Bedingungen der Kostenübernahme naturheilkundlicher Verfahren unterscheiden sich die verschiedenen privaten Krankenkassen und Zusatzversicherungen deutlich. Die gesetzlichen Krankenkassen übernehmen generell leider keine Behandlungen eines Heilpraktikers. Die etwaige Differenz zwischen meinem Honorar und dem Erstattungsbetrag Ihrer Versicherung ist daher von Ihnen selbst zu tragen. Ich rechne üblicherweise nach der Gebührenverordnung für Heilpraktiker ab.

Außerdem möchte ich Sie darauf hinweisen, dass dies eine reine Bestellpraxis mit fester Terminvergabe ist. Sollten Sie einen Termin nicht einhalten können, bitte ich Sie spätestens 24 Stunden im voraus abzusagen, anderenfalls wird das volle Honorar in Rechnung gestellt. (§ 615 BGB)

Hamburg, den ..... Unterschrift .....

Schriftliche Einwilligung zur Erhebung von Patientendaten gem. Art. 13 DSGVO  
sind Sie mit folgenden Nutzungszwecken einverstanden, kreuzen Sie bitte zutreffendes an, falls nicht, lassen Sie bitte die Felder frei.

Ich bin einverstanden, dass im Rahmen meiner medizinischen Behandlung meine Daten und ggf Befunde an mitbehandelnde Ärzte / Labore übermittelt werden bzw. Behandlungsdaten von anderen Ärzten / Laboren eingeholt werden dürfen.

Ich bin damit einverstanden, dass meine Labordaten an ein mit der Praxis kooperierendes Labor, sowie ergänzende Disziplinen zum Zweck der Untersuchung und Befundung, übermittelt werden dürfen.

Ich bin damit einverstanden, dass meine personenbezogenen Daten für Bestellung naturheilkundlicher Präparate per Telefon, per Fax, per Mail und per Post an die jeweiligen Firmen/ Apotheken weitergegeben werden.

Ich bin damit einverstanden, dass mir meine Rechnung per Mail zugesandt wird.

Hamburg, den ..... Unterschrift .....