

## **Anamnesebogen**

Liebe Patientin, lieber Patient,

in der Naturheilkunde ist die gründliche Erhebung des Gesundheitszustandes von großer Bedeutung. Der Behandlungsansatz ist ganzheitlich angelegt, um mögliche Verbindungen und Ursachen für Gesundheitsstörungen zu ergründen.

Daher bin ich auf Ihre aktive Mithilfe angewiesen. Je genauer und umfassender Ihre Informationen sind, umso besser kann ich mich auf Sie vorbereiten und einstellen.

**Bitte füllen Sie den Fragebogen daher so konkret wie möglich aus und schicken mir diesen vor Ihrem Termin per Fax, per Mail oder auch per Post zu.**

Vielen Dank!

Ihre Dorothea Köcher (Heilpraktikerin)

**Name** \_\_\_\_\_

**Anschrift** \_\_\_\_\_

**Geburtsdatum** \_\_\_\_\_

**Aktuelle berufliche Tätigkeit** (auch Stunden/Woche, Schichtsystem ...)

\_\_\_\_\_

**Telefon** \_\_\_\_\_ **E-Mail** \_\_\_\_\_

### **1. Ihre momentanen Beschwerden, weswegen kommen Sie zu mir?**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### **2. Nebenbeschwerden**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3. **Gab es (einen) Auslöser für Ihre Beschwerden** z. B. Vorerkrankung, Unfall, seelische Belastung (Kummer, Verlust, Trauer), Medikamente, Impfungen, medizinische Eingriffe usw.

---

---

---

---

4. **Hatten Sie folgende Kinderkrankheiten?** Wenn ja, bitte ankreuzen.

- Masern                       Röteln                       Windpocken  
 Mumps                         Scharlach

5. **Hatten Sie Operationen?** Wenn ja, bitte ankreuzen und Zeitpunkt angeben.

- Blinddarm                       Rachenmandeln  
 \_\_\_\_\_

6. **Welche Allergien sind bekannt?** Bitte ankreuzen.

- Heuschnupfen                 Tierhaare                       Hausstaub                       Penicillin  
 Lidocain                         Pollen                               Milben  
 Acetylsalicylsäure (Aspirin)                       Metalle  
 Nahrungsmittel \_\_\_\_\_  
 sonstige Allergien \_\_\_\_\_

7. **Familienanamnese:** Bitte ankreuzen.

- Bluthochdruck                 Diabetes mellitus                 KHK/Herzinfarkt                 Asthma bronch.  
 Erbkrankheiten                 Krebs/Tumore                       Nierenerkrankungen  
 Fettstoffwechselerkrankungen                       Lungenerkrankungen  
 Psych./Psychiatrische Erkrankungen                 Autoimmunerkrankungen  
 sonstige Erkrankungen \_\_\_\_\_

**8. Nur für Frauen:** Bitte ankreuzen bzw. ergänzen.

Monatsblutung       regelmäßig       unregelmäßig       dauerhaft  
    schmerzhaft       verbunden mit Migräne

Pille                       nein                       ja                      seit wann? \_\_\_\_\_

Hormontherapien       nein                       ja

Anzahl der Schwangerschaften: \_\_\_\_\_      Anzahl der Geburten: \_\_\_\_\_

Hysterektomie       nein                       ja                      wann? \_\_\_\_\_

**9. Welche Medikamente oder Nahrungsergänzungsmittel nehmen Sie aktuell regelmäßig oder bei Bedarf ein?**

---

---

---

**10. Lebensgewohnheiten**

Größe in cm: \_\_\_\_\_      Körpergewicht in kg: \_\_\_\_\_      Gewichtsentwicklung zuletzt: \_\_\_\_\_

Rauchen Anzahl Zigaretten o.ä./Tag \_\_\_\_\_      Alkohol: wie oft und wieviel? \_\_\_\_\_

Kaffee/Tag: \_\_\_\_\_      Wieviel trinken Sie pro Tag in Liter: \_\_\_\_\_

Was ernähren Sie sich bzw. woraus besteht Ihre Ernährung in der Regel?

---

---

---

---

Was essen Sie am liebsten, wogegen bzw. gegen welche Nahrungsmittel haben Sie eine Abneigung?

---

---

Welchen regelmäßigen Sport treiben Sie?

---

Welche Impfungen haben Sie bekommen bzw. lassen Sie sich regelmäßig impfen?

---

---

**Die nächsten Fragen beziehen sich auf die zurückliegenden 4 – 6 Wochen:**

Empfinden Sie aktuell **Stress** und wie stellt sich dieser für Sie dar?

---

---

Wie ist Ihre aktuelle **Schlafsituation**? Wann ins Bett? Wie viele Stunden Schlaf usw. (Einschlafen, Durchschlafen, nachts raus müssen)

---

---

---

Fühlen Sie sich morgens beim Ausstehen erholt?  ja  nein

Allgemeine durchschnittliche **Leistungsfähigkeit**:

**körperlich** auf einer Skala von 0 % bis 100 %: \_\_\_\_\_%

**geistig** auf einer Skala von 0 % bis 100 % \_\_\_\_\_%

Sollte die Leistungsfähigkeit schwanken, tragen Sie bitte die Spanne von – bis ein!

**Allgemeines Wohlbefinden:**



**Allgemein empfundene durchschnittliche Stressbelastung:**

(0=Keine, 10=maximal)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

**Ausprägung der sexuellen Lust/Begierde:**



**11. Welche Vorerkrankungen sind bekannt? Bitte ankreuzen.**

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck               | <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus     | <input type="checkbox"/> Herzerkrankungen        |
| <input type="checkbox"/> Erbkrankheiten              | <input type="checkbox"/> Krebs/Tumore          | <input type="checkbox"/> Nierenerkrankungen      |
| <input type="checkbox"/> Asthma bronchiale           | <input type="checkbox"/> Magenerkrankungen     | <input type="checkbox"/> Haut/Haare/Nägel        |
| <input type="checkbox"/> Rheuma                      | <input type="checkbox"/> Depression            | <input type="checkbox"/> Gicht                   |
| <input type="checkbox"/> Fettstoffwechselstörung     | <input type="checkbox"/> Lebererkrankung       | <input type="checkbox"/> Galle (-Steine)         |
| <input type="checkbox"/> Bauspeicheldrüse            | <input type="checkbox"/> Autoimmunerkrankungen | <input type="checkbox"/> Herpes                  |
| <input type="checkbox"/> Kopfschmerz                 | <input type="checkbox"/> Schwindel             | <input type="checkbox"/> Bewegungsapparat        |
| <input type="checkbox"/> HNO-Erkrankungen            | <input type="checkbox"/> Augen-Erkrankungen    | <input type="checkbox"/> Psych./Psychiatr. Erkr. |
| <input type="checkbox"/> sonstige Erkrankungen _____ |  |  |

**12. Hatten Sie bereits Infektionskrankheiten (z. B. im Urlaub)?**


---



---

**13. Welches Füllmaterial wurde bei Ihren Zahnbehandlungen verwendet?**

- |                                  |   |                                     |                                   |
|----------------------------------|---|-------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Amalgam | <input type="checkbox"/> Amalgam wurde entfernt | <input type="checkbox"/> Kunststoff |                                   |
| <input type="checkbox"/> Gold    | <input type="checkbox"/> Keramik                |                                     |                                   |
| Zahnfleischbluten?               | <input type="checkbox"/> ja                     | <input type="checkbox"/> nein       |                                   |
| Weisheitszähne vorhanden?        | <input type="checkbox"/> ja                     | <input type="checkbox"/> nein       | <input type="checkbox"/> entfernt |
| Implantate?                      | <input type="checkbox"/> ja                     | <input type="checkbox"/> nein       |                                   |
| Wurzelbehandlungen?              | <input type="checkbox"/> ja                     | <input type="checkbox"/> nein       |                                   |

**14. Wie ist Ihre Verdauung?**

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Völlegefühl n. d. Essen | <input type="checkbox"/> Vermehrt Blähungen      | <input type="checkbox"/> Appetitlosigkeit |
| <input type="checkbox"/> Sodbrennen              | <input type="checkbox"/> Vermehrt Aufstoßen      | <input type="checkbox"/> Gastritis        |
| <input type="checkbox"/> Magengeschwür           | <input type="checkbox"/> Hämorrhoiden            | <input type="checkbox"/> Durchfall        |
| <input type="checkbox"/> Stuhlgang täglich       | <input type="checkbox"/> Stuhlgang alle 2-3 Tage | <input type="checkbox"/> Verstopfung      |
| <input type="checkbox"/> Helicobacter Pylori     |  |   |

Nahrungsmittel, die Sie schlecht vertragen: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**15. Welche Parameter waren in Ihrem letzten Blutbild verändert (ggf. Befund mitbringen)?**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Datum, Unterschrift: \_\_\_\_\_

## **Heilpraktiker-Behandlungsvertrag und Datenschutz**

Die Heilpraktikerin Dorothea Köcher und Herr/Frau \_\_\_\_\_

schließen folgende Heilpraktiker-Behandlungsübereinkunft:

### **Punkt 1 Vertragsgegenstand**

Vertragsgegenstand ist eine heilkundliche Behandlung des Patienten. Die Heilpraktiker-Behandlungen umfassen unter anderem auch wissenschaftlich/schulmedizinisch nicht anerkannte naturheilkundliche Heilverfahren.

### **Punkt 2 Honorar**

Über die anfallenden Behandlungskosten haben Sie sich aufklären lassen. Das Honorar ist unmittelbar fällig, spätestens innerhalb von 14 Tagen nach Rechnungsstellung zu zahlen. Wird keine Rechnung gewünscht, ist das Honorar in bar gegen Quittung zu zahlen.

### **Punkt 3 Hinweise**

**a)** Heilpraktiker nehmen nicht am System der gesetzlichen Krankenkassen teil. Gesetzlich Krankenversicherte erhalten deshalb grundsätzlich keine Erstattung der Behandlungskosten seitens ihrer Krankenkasse, über etwaige Ausnahmen informieren Sie sich bitte bei Ihrer Krankenkasse vor Aufnahme der Behandlung. Mitglieder privater Krankenversicherungen, privat zusatzversicherte und beihilfeberechtigte Patienten können einen Erstattungsanspruch ihrer Behandlungskosten gegenüber ihrer Versicherung haben. Das Erstattungsverfahren hat der Patient gegenüber seiner Versicherung eigenverantwortlich durchzuführen. Die Erstattungen sind in der Regel auf die Sätze des Gebührenverzeichnisses beschränkt. Etwaige Differenzen zwischen Gebührenverzeichnis und Heilpraktiker-Honorar sind vom Patienten zu tragen. Die Ergebnisse sämtlicher Erstattungsverfahren haben keinen Einfluss auf das vereinbarte Heilpraktiker-Honorar. Der Honoraranspruch des Heilpraktikers ist vom Patienten unabhängig von jeglicher Versicherungs- und/oder Beihilfeleistung in voller Höhe zu begleichen.

**b)** Heilpraktiker dürfen keine verschreibungspflichtigen Medikamente verordnen.

**c)** Die behandlungsrelevanten persönlichen Angaben und medizinische Befunde des Patienten werden in einer Patientenakte erhoben und gespeichert.

**d)** Die Praxis wird nach dem Bestellsystem geführt. Dies bedeutet, dass die mit dem Patienten vereinbarte Zeit auch ausschließlich für diesen reserviert ist, wodurch in der Regel lange Wartezeiten erspart bleiben. Dies bedeutet jedoch auch, dass vereinbarte Termine, die nicht eingehalten werden können, spätestens 24 Stunden vorher abzusagen sind, damit die reservierte Zeit noch anderweitig verplant werden kann. Diese Vereinbarung dient nicht nur der Vermeidung von Wartezeiten im organisatorischen Sinne, sondern begründet zugleich beiderseitige vertragliche Pflichten. So kann dem Patienten, der den Termin nicht rechtzeitig absagt, die vorgesehene Zeit und die Vergütung bzw. die ungenutzte Zeit in Rechnung gestellt werden. Dies gilt selbstverständlich nicht, wenn den Patienten an dem Versäumnis kein Verschulden trägt.

### **Punkt 4 Terminvereinbarung, Terminabsagen**

Vereinbarte Termine sind verbindlich, da die Zeit nur für Sie als Patient reserviert wird. Wird ein Termin nicht spätestens 24 Stunden vor Beginn abgesagt, wird eine Gebühr in Höhe von 75,- € bei Erwachsenen, bzw. 40,- € bei Kindern in Rechnung gestellt. Absagen sind sowohl telefonisch während der veröffentlichten Öffnungszeiten persönlich, telefonisch als auch per E-Mail unter den angegebenen Kontaktdaten möglich.

## **Punkt 5 Datenschutz**

Der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten ist für uns sehr wichtig. Nach der DSGVO (EUDatenschutz Grundverordnung) sind ich verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck unsere Praxis Daten erhebt, speichert, weiterleitet oder sonst verarbeitet. Der Information können Sie auch entnehmen, welche Rechte Sie haben.

Verantwortliche Person für die Datenverarbeitung und Datenschutz ist:

Dorothea Köcher Petersstraße 36, 09599 Freiberg, Tel: 03731 - 1680070

Die Datenverarbeitung erfolgt, um den Behandlungsvertrag zwischen ihnen und ihrem Heilpraktiker erfüllen zu können. Ich verarbeite Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Ihrer Gesundheitsdaten. Dazu zählen Anamnesen, Diagnosen, Therapieempfehlungen und Befunde, die ich oder andere Behandlungspersonen (Ärzte Heilpraktiker usw.) erheben, bzw. erhoben haben. Zu diesen Zwecken können uns auch andere Ärzte, Heilpraktiker 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 erhoben oder bereitgestellt, kann eine sorgfältige Behandlung durch meine Praxis nicht erfolgen.

Ich übermittle 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 vor allem andere Heilpraktiker/Ärzte/Psychotherapeuten Physiotherapeuten, Krankenversicherungen, Labore und Verrechnungsstellen sein. Die Übermittlung erfolgt überwiegend zum Zwecke der Abrechnung der bei Ihnen erbrachten Leistungen. Im Einzelfall kann die Übermittlung von Daten an weitere berechnigte Empfänger erfolgen.

Ich bewahre Ihre personenbezogenen Daten nur so lange auf, wie dies für die Durchführung der Behandlung erforderlich ist. Aufgrund rechtlicher Vorgaben bin ich allerdings dazu verpflichtet, diese Daten mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren (16301 BGB). Nach anderen Vorschriften können sich längere Aufbewahrungsfristen ergeben, zum Beispiel 30 Jahre bei Röntgenaufzeichnungen laut Paragraf 28 Absatz 3 der Röntgenverordnung. Sie haben das Recht, über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten Auskunft zu erhalten und können 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 benötige ich 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. Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist Art. 9 Abs. 2 h DSGVO i.V.m. § 22 Abs. 1 Nr.1b BDSG, Art. 6 Abs. 1 b DSGVO.

Sollten Sie Fragen haben können Sie sich gerne an mich wenden.

Datum, Unterschrift: \_\_\_\_\_