

Sehr geehrte/er Patient/in,

Sie können für Ihren ersten Termin bei mir etwas vorarbeiten. Zu Hause fallen Ihnen mehr Dinge ein, wie mit etwas Aufregung vor Ort in der Praxis. Bitte füllen Sie daher diesen Anamnesebogen schon vor unserem Termin aus. Wenn Sie etwas nicht wissen oder ausfüllen möchten ist das völlig in Ordnung. Wir werden den ausgefüllten Bogen dann gemeinsam besprechen und mit weiteren Informationen ergänzen.

Bitte unterschreiben Sie danach sowohl diesen Anamnesebogen als auch die Datenschutzerklärung im Anhang.

Name, Vorname:

Straße und Haus-Nr.:

PLZ und Ort:

Geburtsdatum:

Beruf:

Familienstand:

Größe:

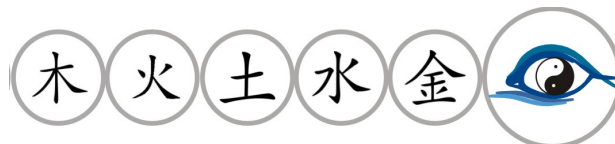
Gewicht:

Blutdruck:

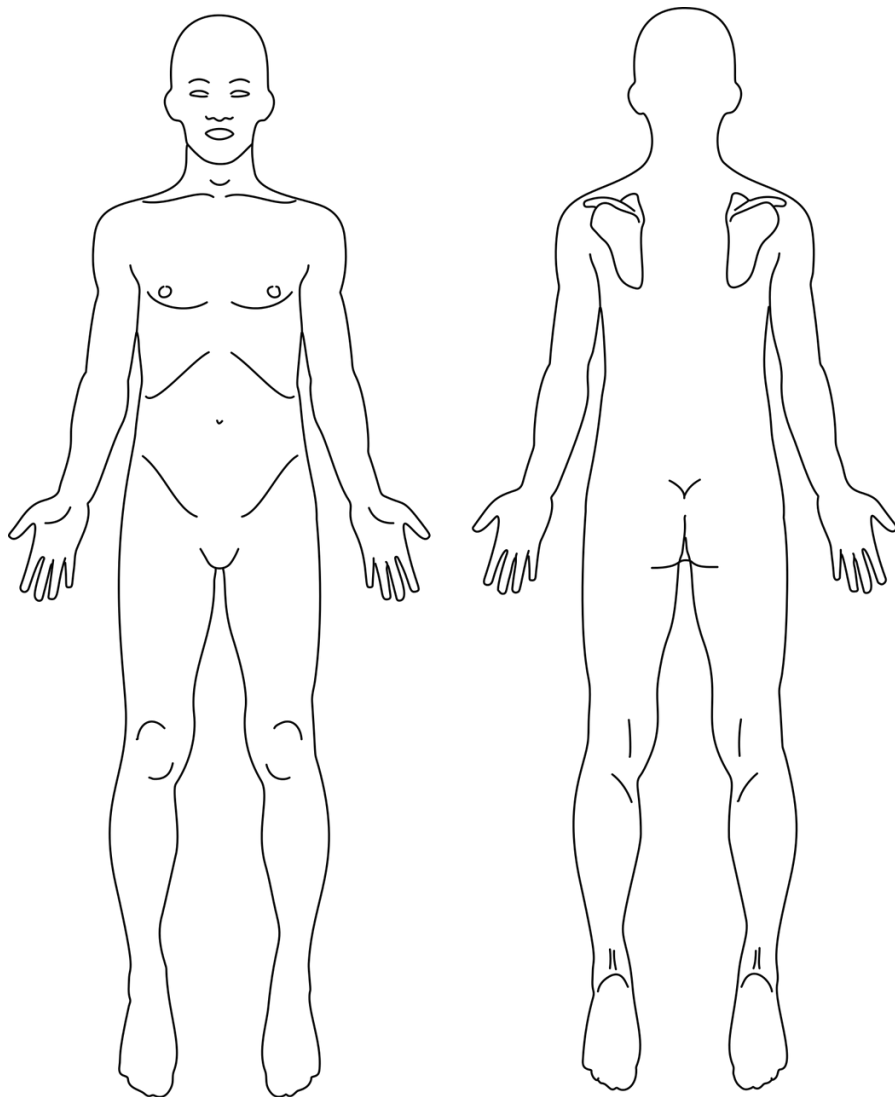
/

Puls:

Wegen welchen Beschwerden wünschen Sie eine Behandlung?

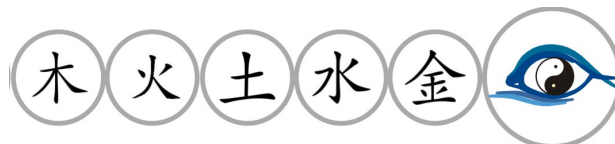


Bitte zeichnen Sie ein, an welchen Körperstellen Sie akute Beschwerden haben (es muss nicht 100% genau sein)



Hatten Sie schon einmal einen Unfall?

Welche Operationen hatten Sie bisher?



Bei der Beantwortung der nächsten Fragen bedeuten:

1 = nein / nie

3 = stärker / häufig

2 = leicht / gelegentlich

4 = ausgeprägt, ständig, sehr oft

Lebensgefühl:

Arbeiten Sie zuviel	1	2	3	4
Treiben Sie Sport	1	2	3	4
Leiden Sie unter Streß	1	2	3	4
Essen Sie unregelmäßig	1	2	3	4

Alkohol	1	2	3	4
Kaffee	1	2	3	4
Rauchen Sie	1	2	3	4

Vorlieben beim Essen (z.B. herzhaft, süß, scharf, salzig, sauer, Milchprodukte, Käse, Salate, eher kaltes Essen, eher warmes Essen, vegan, glutenfrei...):

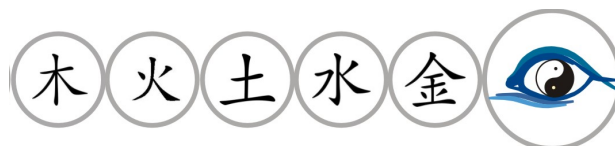
Wie viel Flüssigkeit trinken Sie am Tag und was?

Welche Medikamente nehmen Sie ein?

Allgemeine Zeichen:

Blasses Gesicht	1	2	3	4
Allgemeine Erschöpfung	1	2	3	4
Antriebsschwäche	1	2	3	4
Wenig Appetit	1	2	3	4
Wenig Durst	1	2	3	4
Müdigkeit trotz ausreichender Nachtruhe	1	2	3	4
Luftnot	1	2	3	4
Spontanes Schwitzen	1	2	3	4
Herzklopfen, Herzstolpern	1	2	3	4
Kälteempfindlich	1	2	3	4
Kalte Hände	1	2	3	4
Halte Füße	1	2	3	4
Geschwollene Hände	1	2	3	4
Geschwollene Füße	1	2	3	4
Schweregefühl im Kopf oder in den Beinen	1	2	3	4
Nervosität	1	2	3	4

Schlafstörungen	1	2	3	4
Neigung zu Schwindel	1	2	3	4
Taubheit in Händen und Füßen	1	2	3	4
Brüchige Nägel	1	2	3	4
Schnell erschöpft	1	2	3	4
Hitzeempfindlichkeit	1	2	3	4
Aufsteigendes Hitzegefühl	1	2	3	4
Schwitzen an Händen / Füßen	1	2	3	4
Nachtschweiß	1	2	3	4
Verstopfung / trockner Stuhl	1	2	3	4
Dunkler Urin	1	2	3	4
Viel Durst	1	2	3	4
Niedriger Blutdruck	1	2	3	4
Hoher Blutdruck	1	2	3	4
Zugluft-, Windempfindlichkeit	1	2	3	4



Bauch:

Stuhl ist weich/ungeformt	1	2	3	4	Druckgefühl im Oberbauch	1	2	3	4
Stuhl ist hart	1	2	3	4	Völlegefühl – Übelkeit	1	2	3	4
Durchfall	1	2	3	4	Aufstoßen, Sodbrennen	1	2	3	4
Verstopfung	1	2	3	4	Erbrechen	1	2	3	4
Vermehrte Darmgeräusche	1	2	3	4	Hämorrhoiden	1	2	3	4
Bauchkrämpfe	1	2	3	4	Krampfadern	1	2	3	4
Blähungen	1	2	3	4					

Mund:

Mundgeruch	1	2	3	4	Bitterer Geschmack	1	2	3	4
Trockenheit im Mund	1	2	3	4	Pappiger Geschmack	1	2	3	4
Zahnfleischbluten	1	2	3	4	Metallischer Geschmack	1	2	3	4
Lippenherpes	1	2	3	4	Geschmacksverlust	1	2	3	4
Zungengeschwüre (Aphten)	1	2	3	4	Geruchsverlust	1	2	3	4

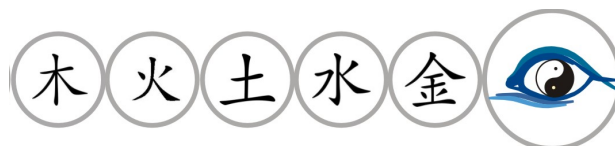
Atmung und Infekte:

Infektanfälligkeit	1	2	3	4	Auswurf	1	2	3	4
Allergie	1	2	3	4	klar weiß gelb locker zäh				
Luftnot in Ruhe, nachts	1	2	3	4	Engegefühl im Brustkorb	1	2	3	4
Luftnot bei leichter Anstrengung	1	2	3	4	Druck auf der Brust	1	2	3	4
Schwitzen bei Anstrengung	1	2	3	4	Heiserkeit	1	2	3	4
Husten trocken bellend schwach	1	2	3	4	Kloßgefühl im Hals	1	2	3	4

Allergien, welche?

Haut:

Fettig / unrein	1	2	3	4	Juckreiz	1	2	3	4
Trocken	1	2	3	4	Pickel	1	2	3	4
Hautausschlag	1	2	3	4					



Wasserlassen:

Nachts? Wie oft:	1	2	3	4	Harninkontinenz	1	2	3	4
Häufiger Harndrang	1	2	3	4	Blasenentzündungen	1	2	3	4
Wenig dunkler Urin	1	2	3	4	... mit Antibiotika behandelt	1	2	3	4
Harnträufeln	1	2	3	4					

Rücken- und Gelenkprobleme:

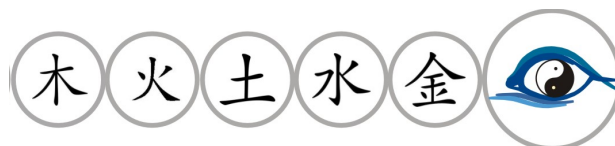
Tiefsitzende Rückenschmerzen	1	2	3	4	Kopfschmerzen im ganzen Kopf	1	2	3	4
Schwäche der Lendenwirbelsäule (LWS)	1	2	3	4	Stirnkopfschmerz	1	2	3	4
Kältegefühl im Bereich der LWS	1	2	3	4	Hinterkopfschmerz	1	2	3	4
Knieprobleme	1	2	3	4	Halbseitiger Kopfschmerz	1	2	3	4
Muskelverspannungen, Krämpfe	1	2	3	4	Druck hinter den Augen	1	2	3	4
Sehnenentzündungen (z.B. Tennisarm)	1	2	3	4	Besteht eine Aura	1	2	3	4
Schulter Schmerzen	1	2	3	4					
Nackenschmerzen	1	2	3	4					

Ohr:

Schwankschwindel (wie auf einem Boot)	1	2	3	4	Schwerhörigkeit	1	2	3	4
Gleichgewichtsstörungen	1	2	3	4	Ohrgeräusche	1	2	3	4
Mittelohrentzündungen	1	2	3	4	Drehschwindel	1	2	3	4

Augen:

Trocken Augen, wie Sand im Auge	1	2	3	4	Grauer Star	1	2	3	4
Augenjucken /-brennen	1	2	3	4	Grüner Star	1	2	3	4
Nacht-/Farbenblind	1	2	3	4	Makuladegeneration feucht oder trocken	1	2	3	4
Verschwommenes Sehen	1	2	3	4					



Menstruation:

Unregelmäßig	1	2	3	4	Ausfluss	1	2	3	4
Schmerzhaft	1	2	3	4	Geburten / Kaiserschnitt	1	2	3	4
Blutung stark / schwach	1	2	3	4	Myome	1	2	3	4
Klumpig	1	2	3	4	Endometriose	1	2	3	4

Urologie/Sexualität:

Impotenz	1	2	3	4	Prostatvergrößerung	1	2	3	4
Unfruchtbarkeit	1	2	3	4	Prostata – Entzündung	1	2	3	4
Sexuelle Unlust	1	2	3	4	Probleme beim Wasserlassen	1	2	3	4

Gefühlsleben:

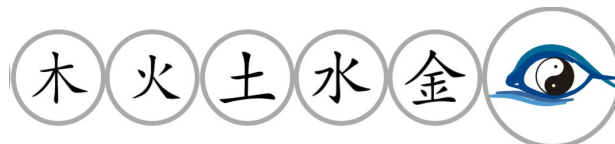
Aufbrausend, leicht reizbar	1	2	3	4	Grüblerisch	1	2	3	4
Innere Unruhe	1	2	3	4	Traurig	1	2	3	4
Nervosität	1	2	3	4	Vergesslich	1	2	3	4
Ängste / Panik	1	2	3	4	Konzentrationsstörung	1	2	3	4
Depression	1	2	3	4	Schreckhaftigkeit	1	2	3	4
Niedergedrückte Stimmung	1	2	3	4	Fühlen Sie sich ausgebrannt	1	2	3	4

Schlaf:

Einschlafstörung	1	2	3	4	Herzklopfen	1	2	3	4
Durchschlafstörung	1	2	3	4	Nachtschweiß	1	2	3	4
Morgens sehr früh wach	1	2	3	4	Unruhige Beine	1	2	3	4
Viele Träume/Alpträume	1	2	3	4	In der Nacht heiße Füße	1	2	3	4

Ort, Datum:

Unterschrift:



Datenschutzerklärung

für:

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Liebe Patientinnen und Patienten,

das Datenschutzrecht schreibt uns vor, Ihnen Folgendes mitzuteilen:

Wir weisen darauf hin, dass die Daten, die wir von Ihnen erheben, elektronisch gespeichert werden.

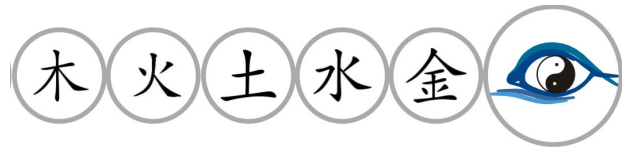
Mit Ihrer Unterschrift geben Sie uns die Einwilligung ...

1. Ihren Vor- und Nachname, Geburtsdatum, Anschrift, Wohnort, Telefonnummer, Handynummer, Mailadresse und Diagnosen zu speichern.
2. zur Datenübermittlung zu Abrechnungszwecken an die Abrechnungsstelle MEFA Reiss und an simplimed.
3. zur Datenübermittlung (z.B. Untersuchungsergebnisse) an mit- und weiterbehandelnde Therapeuten oder Ärzte, wenn diese zum Wohle Ihrer Gesundheit Untersuchungsergebnisse benötigen. Falls es für Ihre Behandlung notwendig ist, geben Sie uns hiermit auch das Einverständnis, dass wir Befunde bei anderen Ärzten, Heilpraktikern und Therapeuten anfordern dürfen.
4. Laboruntersuchungen mit Ihren Personalien an das Fachlabor Ganzimmun oder die LDH zu senden, da viele Untersuchungen nicht in unserer Praxis durchgeführt werden können.
5. das Anfragen, Termine und Befunde über Telefon, Messenger (SMS, Threma, WhatsApp) oder per E-Mail an Sie versendet werden dürfen. Zudem wird Ihr Nachname in meinem icloud-Kalender gespeichert. Es gelten hier die jeweiligen Datenschutzrichtlinien der genutzten Anbieter.
6. im Falle einer möglichen Bestellung für Nahrungsergänzungsmittel Ihre Adressdaten an die Firma Tisso oder Biogena Deutschland zu senden, damit wir für Sie Ihre Ergänzungsmittel bestellen können.
7. Abtretung der sich aus der Behandlung ergebenden Forderungen auf Begleichung der Behandlungskosten an die PVS Reiss GmbH.

(Wenn Sie einen Punkt **nicht wünschen** streichen Sie diesen bitte durch.)

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann. Für jede darüber hinausgehende Nutzung der personenbezogenen Daten und die Erhebung zusätzlicher Informationen bedarf es regelmäßig meiner Einwilligung. Ich habe diese Mitteilung gelesen und verstanden.

.....
(Ort, Datum, Unterschrift / Erziehungsberechtigte/-er / gesetzlicher Vertreter)



Rechte der betroffenen Person auf Auskunft, Berichtigung, Löschung und Sperrung, Widerspruchsrecht
Sie sind gemäß § 15 DSGVO jederzeit berechtigt, gegenüber der Heilpraktikerin/dem Heilpraktiker um eine umfangreiche **Auskunftserteilung** zu den zu Ihrer Person erhobenen und gespeicherten Daten zu ersuchen.

Gemäß § 17 DSGVO können Sie jederzeit gegenüber der Heilpraktikerin/dem Heilpraktiker die **Berichtigung, Löschung und Sperrung** einzelner personenbezogener Daten verlangen.

Sie können darüber hinaus jederzeit ohne Angabe von Gründen von Ihrem **Widerspruchsrecht** Gebrauch machen und die erteilte Einwilligungserklärung mit Wirkung für die Zukunft abändern oder gänzlich widerrufen. Sie können den Widerruf entweder postalisch oder per E-Mail an die Heilpraktikerin/den Heilpraktiker übermitteln. Es entstehen Ihnen dabei keine anderen Kosten als die Portokosten bzw. die Übermittlungskosten nach den bestehenden Basistarifen.

Anhang:

Berufsordnung für Heilpraktiker Artikel 3 - Schweigepflicht nach BGB

1. Heilpraktiker sind verpflichtet, über alles Schweigen zu bewahren, was ihnen bei der Ausübung ihres Berufes anvertraut oder zugänglich gemacht wird. Im Gegensatz zur ärztlichen Schweigepflicht haben Heilpraktiker kein Zeugnisverweigerungsrecht.
2. Heilpraktiker haben ihre Helfer, Praktikanten und Assistenten über die Pflicht zur Verschwiegenheit zu belehren und dies in schriftlicher Form festzuhalten.
3. Heilpraktiker haben die Verpflichtung zur Verschwiegenheit auch gegenüber ihren Familienangehörigen zu beachten.
4. Heilpraktiker dürfen vertrauliche Patientendaten nur dann weitergeben, wenn die Patienten sie von der Schweigepflicht entbunden haben. Dies gilt auch gegenüber den Angehörigen eines Patienten, wenn nicht die Art der Erkrankung oder die Behandlung eine Mitteilung notwendig macht.
5. Auskünfte über den Gesundheitszustand eines Arbeitnehmers an seinen Arbeitgeber dürfen nur mit Zustimmung des Arbeitnehmers erfolgen.
6. Notwendige Auskünfte an Krankenversicherungen müssen nach bestem Wissen und Gewissen gegeben werden.

Anmerkung: Eine Schweigepflicht besteht in diesem Fall nicht, da Versicherte bei Versicherungsbeginn grundsätzlich ihre Behandler von der Schweigepflicht entbunden haben.