

Anamnese – Fragebogen

Liebe Patientin, lieber Patient,

um auf Ihre gesundheitliche Situation genauestens eingehen zu können, ist Ihre Mithilfe erforderlich. Je genau und umfassender Ihre Informationen sind, umso besser kann ich diagnostizieren und die für Sie optimale Therapieform finden.

Bitte füllen Sie den Fragebogen aus und bringen ihn zu unserem Termin mit. Dann besprechen wir alles in Ruhe. Vielen Dank.

Name _____

Straße _____

Wohnort _____

Geburtsdatum _____

Telefon _____

Handy _____

E-Mail _____

Beruf _____

Familienstand _____

Kinder _____

Wie sind Sie auf die Naturheilpraxis aufmerksam geworden?

Versicherung:

gesetzlich

privat

Zusatzversicherung

Vorbereitungsbogen für Hormonsprechstunde

Messen Sie bitte an 3 aufeinander folgenden Tagen 4x täglich Ihre Körpertemperatur unter der Zunge

Temperatur °C	Nach dem Aufstehen	Gegen 11:00 Uhr	Gegen 16:00 Uhr	Vor dem Einschlafen
1. Tag				
2. Tag				
3. Tag				

Bringen Sie, soweit möglich, Ihre Arztberichte und falls vorhanden Laborwerte zum Termin mit.

Momentane Beschwerden (Zutreffendes bitte ankreuzen)

kann nicht lange durchhalten	Augenbrauen werden dünner	Libido vermindert
weniger Energie als andere	Haarausfall seitlich Augenbrauen	Schmerzen in der Harnblase
tiefe Erschöpfung	Ängste bis Panik	Prämenstruelles Syndrom
lange Erholungszeiten	Herzklopfen	starke Monatsblutung
Kältegefühl Hände und Füße	Zittern	Schwellungen
Hohes Cholesterin	Durchfall	Bluthochdruck
Reizdarm	überempfindlich, schreckhaft	Hitzewallungen
Verstopfung	Wutausbrüche	
trockene Haut und Haare	Ungeduld	
diffuser Haarausfall	Grippesymptome ohne Grippe	
Rillen, brüchige Fingernägel	Kopfschmerzen	
Haare werden grau und weiß	Körperschmerzen	
Einschlafneigung tagsüber	empfindliche Haut	
Konzentrationsstörungen	innere Unruhe	
Vergesslichkeit	Heißhungerattacken	
wie Watte im Kopf	Reisekrankheit	
Gewichtszunahme	schläfrig auf Kaffee	
Knochen- oder Muskelschmerzen	häufiges Harnlassen	
Ohrenjucken	Durchschlafstörungen	
Karpaltunnelsyndrom	Allergien verschlechtern sich	
Druck in der Kehle	Infekt Neigung	
Kloßgefühl	alles besser nach 18 Uhr	

Allgemeines

Mein aktuelles Körpergewicht _____ Meine Körpergröße _____

Meine Blutgruppe _____ Mein Blutdruck _____

Trinken Sie Alkohol? _____ Rauchen Sie? _____

Leben Sie nach bestimmten Ernährungsrichtlinien? _____

Wie viel Liter und was trinken Sie pro Tag? _____

Nehmen Sie Zuckerersatzstoffe zu sich? _____

Treiben Sie Sport? Welchen, seit wann? _____

Schlaf

Schlaflosigkeit, häufiges Erwachen (Uhrzeit _____), Schwierigkeiten beim Einschlafen, Sprechen im Schlaf, Unruhe in den Beinen, Nachtschweiß, heiße Füße, Zähneknirschen

Schlafzeit übliches zu Bett gehen: _____ übliches Aufstehen: _____

Was sind Ihre hauptsächlichen Beschwerden bzw. was ist das Anliegen Ihres Praxisbesuches?

Gab es einen Auslöser für Ihre Beschwerden? Was war unmittelbar vor dem ersten Auftreten Ihrer jetzigen Beschwerden? Z. B. Erkrankungen, Unfälle, Trauer, Kummer, Medikamente, Impfungen, etc.?

Welche Krankheiten sind Ihnen in Ihrer Familie bekannt? Eltern, Großeltern, Geschwister.

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

Impfungen – Allergien

Welche Impfungen haben Sie bekommen?

z.B. Tuberkulose (BCG), Polio (Kinderlähmung), Diphtherie, Tetanus, Hepatitis, Cholera, Gelbfieber, Pocken, Grippe, Zecken usw.

Gab es Reaktionen auf Impfungen?

z.B. Fieber, Krämpfe, Unruhe, Schlaflosigkeit, Verhaltensveränderungen.

Welche Infektionskrankheiten haben Sie durchgemacht?

Masern, Mumps, Röteln, Keuchhusten, Windpocken, Scharlach, Tetanus, Kinderlähmung (Polio), Malaria, Salmonellose, Ruhr, Pfeiffersches Drüsenfieber, Gonorrhoe (Tripper), Syphilis, Tropenkrankheiten, Tuberkulose usw.

Gibt es Allergien?

Pollen / seit wann _____

Nahrungsmittel _____

Kopf

Leiden Sie unter Kopfschmerzen?

Falls ja, häufig, selten, Stirn-Augen-Schläfen-Hinterhauptregion, morgens, abends halbseitig – links – rechts – doppelseitig

Haare

Haarausfall, kreisrunder, vereinzelter, seit wann? _____

Augen

Bindehautentzündung, kurzsichtig, weitsichtig, Grauer Star, Makula-Degeneration usw.

Ohren

links / rechts _____ Tinnitus seit _____ Schwerhörigkeit seit _____ andere _____

Zahnfüllmaterialien

O Amalgam O Kunststoff O Gold O Keramik

Nase/Mandeln

Operationen, Nasennebenhöhlenentzündungen, behinderte Nasenatmung, Nase verstopft

Schilddrüse

Überfunktion, Unterfunktion, Vergrößerung, Operation

Herz

Beschwerden, Stechen, Druckgefühl, Infarkt, Beklemmung, Rhythmusstörungen

Lunge

Bronchitis, häufig Husten

Verdauung

Darm/Leber/Galle/Magen

Infektionen, Hämorrhoiden, Blinddarmoperation, Blähungen – Geruch _____
Völlegefühl, Gastritis, Appetitlosigkeit, Nahrungsmittelallergien _____
Druck im Oberbauch, Fettunverträglichkeit, Sodbrennen

Stuhlgang

täglich, jeden 2.3.4. Tag, unregelmäßig, riecht nach: _____
Neigung zur Verstopfung, Neigung zum Durchfall,
Stuhl hell, dunkel, übel riechend, hart, knollig, weich
kann Stuhl nicht halten, Gefühl, nicht fertig zu werden, Stuhlgang wechselhaft usw.

Rücken – Arme – Beine – Haut

Arme

Verletzungen, Schmerzen, Tennisellenbogen, Kribbeln, kalte Hände usw.

Beine

Verletzungen, Schmerzen, Krampfadern, Operationen, Verletzungen, kalte Füße, Kribbeln, Taubheitsgefühl

Rücken

Beweglichkeit, Verspannungen, Belastungen, Rheuma

Haut / Nägel

Verbrennungen, Geschwüre, Hautjucken, Warzen, Pilze, eingewachsene Nägel, Nagelbettentzündungen

Narben

Haben Sie durch Operationen oder Verletzungen Narben?

Ja – bitte unbedingt beim Besuch zeigen – auch kleine Nein

Unterleib – Gynäkologie

Gynäkologie

Ausfluss - Eierstockentzündungen, Ausschabungen, Fehlgeburten, Tumore, Zysten, Myome, Geschlechtskrankheiten usw.

Periode Wann war die erste Periode? _____ Wann die letzte? _____

aktuelle Zyklusdauer _____

Beschwerden – vor – nach – während der Regel, welche? _____

Klimakterische Beschwerden: _____

Nehmen Sie Verhütungsmittel? Welche? _____

Prostata vergrößert, Entzündungen gehabt, aktuell, Beschwerden beim Wasserlassen

Niere / Blase Nierensteine, Entzündungen – häufig

Harn viel, wenig, häufig, kann nicht halten, Geruch nach: _____

Sexualität vermindert, verstärkt, unbefriedigt, Beschwerden beim Geschlechtsverkehr

Psychologische Fragen

Wie empfinden Sie Ihre aktuelle seelische Belastung? Keine Gering Zu hoch

Wie empfinden Sie Ihre aktuelle körperliche Belastung? Keine Gering Zu hoch

Wie empfinden Sie Ihre aktuelle nervliche Belastung? Keine Gering Zu hoch

Wie empfinden Sie Ihre aktuelle berufliche Belastung? Keine Gering Zu hoch

Haben Sie z. Z. Sorgen, um die sich Ihre Gedanken Tag und Nacht kreisen? Ja Nein

Welche Arten der Entspannungsmöglichkeiten nutzen Sie, wie oft in der Woche?

Was würden Sie aus Ihrem Leben herausnehmen, wenn Sie es könnten?

Mit was machen Sie sich hin und wieder eine Freude?

Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit ein?

Bitte Beipackzettel oder Medikament mitbringen. Auch Nahrungsergänzungsmittel angeben.

Chronologie der Krankengeschichte

Bitte erfassen Sie alle bisherigen Erkrankungen und Operationen, die Sie durchgemacht haben.

Was liegt Ihnen sonst noch am Herzen?

Datum, Unterschrift _____

Ich bedanke mich für Ihre Zeit und freue mich auf Ihren Besuch.



Datenschutzerklärung

1. Wer ist für die Datenverarbeitung verantwortlich und an wen kann ich mich wenden?

Maria Rammel Heilpraktikerin, Landshuter Str. 9, 94522 Wallersdorf

2. Welche Daten werden genutzt?

Wir erheben und speichern ausschließlich Daten, die für Behandlung und Abrechnung notwendig sind. Dazu gehören: Adressdaten (Name, Adresse, andere Kontaktdaten -Telefon, E-Mail-Adresse, Geburtsdatum, Geschlecht, Staatsangehörigkeit) Informationen über Ihren Gesundheitszustand, wie z.B. Informationen aus Untersuchungen, Anamnesegesprächen, Laborergebnisse

3. Zu welchem Zweck werden die Daten verarbeitet?

Therapeutische Behandlung, Rechnungsstellung und ggf. Mahnverfahren

4. Wer bekommt Ihre Daten?

Labore und angeschlossene Partnerlabore, Steuerberater, Inkassounternehmen
Berechtigung zur Weitergabe von Patientendaten wie Name, Anschrift, Telefonnummer, Email im Rahmen des Therapieplanes für Bestellungen im Einverständnis an bestimmte Firmen wie NatuGena, Formmed, Orthotherapia, Viabiona und der Hirsch Apotheke.

5. Übermittlung der Daten an ein Drittland

Wir übermitteln Ihre Daten ohne Ihre weitere Zustimmung nicht ins Ausland.

6. Wie lange werden Ihre Daten gespeichert?

Wir speichern Ihre Daten so lange, wie es unsere gesetzlichen Pflichten erfordern. Daten, die sich aus Ihrer Behandlung ergeben, speichern wir im Rahmen des Patientenrechtsgesetzes 10 Jahre. Rechnungen halten wir nach geltendem Steuerrecht ebenfalls 10 Jahre vor. Sind die Daten für die Erfüllung vertraglicher oder gesetzlicher Pflichten nicht mehr erforderlich, werden diese regelmäßig gelöscht.

7. Welche Datenschutzrechte und Widerrufrechte bestehen für Sie?

Jede betroffene Person hat das Recht auf Auskunft nach Artikel 15 DSGVO, das Recht auf Berichtigung nach Artikel 16 DSGVO, das Recht auf Löschung nach Artikel 17 DSGVO, das Recht auf Einschränkung der Verarbeitung nach Artikel 18 DSGVO, das Recht auf Widerspruch aus Artikel 21 DSGVO sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit aus Artikel 20 DSGVO. Darüber hinaus besteht ein Beschwerderecht bei einer Datenschutzaufsichtsbehörde (Artikel 77 DSGVO i.V.m. §19 BDSG).

Eine erteilte Einwilligung in die Verarbeitung personenbezogener Daten können Sie jederzeit uns gegenüber widerrufen. Dies gilt auch für den Widerruf von Einwilligungserklärungen, die vor der Geltung der EU-Datenschutz-Grundverordnung, also vor dem 25. Mai 2018, uns gegenüber erteilt worden sind. Bitte beachten Sie, dass der Widerruf erst für die Zukunft wirkt. Verarbeitungen, die vor dem Widerruf erfolgt sind, sind davon nicht betroffen.

8. Bereitstellung Ihrer Daten

Mit Ihrer Unterschrift verpflichten Sie sich, die zu Ihrer Behandlung und Abrechnung benötigten Daten bereitzustellen. Ohne diese Daten werden wir in der Regel den Abschluss des Vertrages / der Behandlung oder die Ausführung des Auftrages / der Behandlung ablehnen müssen oder einen bestehenden Vertrag nicht mehr durchführen können und ggf. beenden müssen.

9. Automatisierte Entscheidungsfindung und Profiling

Wir führen kein Profiling zur Beurteilung Ihrer Kreditwürdigkeit durch.

(Ort, Datum)

(Unterschrift)

Behandlungs- und Honorarvereinbarung

§ 1 Vertragsgegenstand

Der Patient nimmt eine naturheilkundliche Behandlung des Heilpraktikers in Anspruch.

§ 2 Honorar, Kostenerstattung

- Das Honorar für die Beratung/Behandlung berechnet sich nach dem Zeitaufwand des Behandlers.
- Das Erstgespräch (ausführliche Anamnese 90 Minuten) mit Patientenaufnahme, Nachbearbeitung und Therapieplan 175,00 EUR.
- Behandlung je Stunde: 96,00 EUR (anteilig berechnet)
- Kindersprechstunde je Stunde 96,00 EUR (anteilig berechnet)
- Erstgespräch Kindersprechstunde mit Patientenaufnahme 120,00 EUR
- Bioresonanztherapie 30,00 EUR (zzgl. Behandlungskosten)
- Schröpftherapie 25,00 EUR (zzgl. Behandlungskosten)
- Schilddrüsenultraschall 30,00 EUR (zzgl. Behandlungskosten)
- Blutegeltherapie nach Zeitaufwand (96,00 EUR je Stunde) - Kosten je Egel 15,00 EUR
- Infusionen und Injektionen nach Zeitaufwand und Materialkosten
- verschiedene Labor Parameter (Blut-, Speichel- und/oder Stuhluntersuchungen bitte einzeln erfragen.
Gerne erstelle ich Ihnen hierfür einen Kostenvoranschlag
- Telefonsprechstunde sowie Beratung per Email oder Netzwerk (Abrechnung 1,60 pro Minute - Abrechnung im Viertel-Stunden-Takt)

§ 3 Aufklärung / Hinweise

Der Patient wird darauf hingewiesen, dass:

- für die Erteilung einer Auskunft des Heilpraktikers an Dritte die schriftliche Einwilligung des Patienten erforderlich ist.
- Mitglieder privater Krankenkassen, privat Zusatzversicherte oder beihilfeberechtigte Patienten Auf Wunsch erfolgt die Rechnungsstellung unter Bezifferung gemäß Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH). Mitglieder privater Krankenkassen, privat Zusatzversicherte und beihilfeberechtigte Patienten können somit einen teilweisen Erstattungsanspruch ihrer Behandlungskosten gegenüber ihrer Versicherung bzw. dem Beihilfeträger haben. Die von mir erstellte Honorarrechnung ist immer in vollem Umfang zu begleichen.
- Die gesetzlichen Krankenkassen und die Ersatzkassen übernehmen die Leistungen eines Heilpraktikers nicht. Die Kosten können gegebenenfalls steuerlich geltend gemacht werden.

§ 4 Ausfallhonorar

Versäumt der Patient einen fest vereinbarten Behandlungstermin schuldet er dem Heilpraktiker ein Ausfallhonorar in Höhe von 50 % des für den Termin vereinbarten Betrages. Dies gilt nicht, wenn der Patient mindestens 24 Stunden vor dem vereinbarten Termin absagt, oder ohne sein Verschulden am Erscheinen verhindert ist.

(Ort, Datum)

(Unterschrift)