

Anamnesebogen – Fragebogen

Kristina Apel * Dotzheimer Str. 164 * 65197 Wiesbaden * Info@apel-heilkunde.de * 0611/ 204 688 4

Name _____ Geburtstag _____
Vorname _____ Tel. Privat/Handy _____
Straße _____ Tel. Beruf _____
PLZ – Ort _____ FAX _____
Beruf _____ E – Mail _____
Wer hat mich empfohlen? _____ Familienstand/Kinder _____

Versicherung:

- ☐ Gesetzlich (AOK, DAK usw.) ☐ Beihilfe ☐ Privat - Versicherung
☐ Zusatzversicherung (welche? Tarif?)
☐ Sonstige

Anleitung

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen genau aus. Bei den Beispielen genügt es zu unterstreichen, sofern diese zutreffen; ansonsten mit eigenen Worten beantworten.

Was ist Ihr Wunsch an uns, was ist Ihr Ziel? (Bitte konkret formulieren!)

Was sind zurzeit Ihre Hauptbeschwerden?

1.

2.

3.

Was war unmittelbar vor dem ersten Auftreten Ihrer jetzigen Beschwerden?

z. B. eine Erkrankung, Kummer, Trauer, Operation, Medikamenteneinnahme, Burnout usw. (siehe letzte Seite: Chronologie)

Haben Sie eigene Bewältigungsstrategien gegen ihre Beschwerden?

Wenn ja, welche?.....

Welche Krankheiten sind Ihnen in Ihrer Familie bekannt? (Eltern, Großeltern, Urgroßeltern, Geschwister)

z. B. Krebs, Depression, Schizophrenie, Herzkrankheiten, Gefäßkrankheiten, Schlaganfall, Asthma, Zuckerkrankheiten (Diabetes); Rheuma, Allergien, Schuppenflechte, Neurodermitis, Migräne, AD(H)S, Demenz, COPD, Sonstige

Allgemeines

Ihr aktuelles Körpergewicht Ihre Körpergröße

Ihre Blutgruppe Ihr Blutdruck

Sind Sie **Rechts- oder Linkshänder**?.....

Nehmen Sie **Medikamente** (auch Nahrungsergänzungsmittel) ein?

.....

Haben Sie in den letzten 2 Jahren ein **Antibiotikum** genommen?

Falls ja, wie lange?.....

Sofern Sie einen Medikamentenplan vorliegen haben, bitte ich Sie diesen zum 1. Gespräch mitzubringen.

Trinken Sie **Alkohol**? selten, öfters, regelmäßig

Nehmen Sie **Drogen**? **Rauchen** Sie?

Haben Sie **Allergien**?

Haben Sie eine **Nahrungsmittelunverträglichkeit**?

Treiben Sie **Sport**?

Hatten Sie in der Vergangenheit einen **Unfall**?

Hatten Sie in der Vergangenheit **Operationen**?

Sofern Arztberichte und aktuelle Untersuchungsbefunde (Blut, Stuhl, Speichel, et.) vorliegen, bitte ich Sie, diese zum 1. Gesprächstermin mitzubringen.

Psyche

Fühlen sie sich „**ausgebrannt**“?

Leiden Sie unter einer **psychischen Erkrankung**?

Leiden Sie unter **Durchschlafstörungen** oder **Einschlafstörungen**?

Träumen Sie viel?..... Fühlen Sie sich am nächsten Tag **ausgeruht**?

Leiden Sie unter **Schnarchen, Unruhe der Beine, Nachtschweiß, Sprechen im Schlaf, Schlafwandeln, Zähneknirschen, Sonstiges**

Wann gehen Sie zu Bett? Wann stehen Sie auf?

Kopf

Leiden Sie unter **Kopfschmerzen**?

Häufig, selten, Stirn-Augen-Schläfen-Hinterhauptregion, morgens, abends, halbseitig, links, rechts, doppelseitig, krampfartig, schraubstockartig

Intensität zwischen 0 und 10 (0 = schwach; 10 = sehr stark)

Leiden Sie unter **Migräne oder Cluster-Kopfschmerz**?

Hatten Sie einen **Schlaganfall**?

Leiden Sie unter einer **neurologischen Erkrankung**, Epilepsie, MS, Sonstiges?

Augen

Leiden sie unter **Erkrankungen/ Beschwerden der Augen**, grauer Star, grüner Star, Kurz-Weitsichtigkeit, Akkommodationsstörung, Makuladegeneration, Sonstiges?

HNO

Leiden Sie unter **Erkrankungen/Beschwerden des Hörapparates**, Tinnitus, Hörsturz, Schwerhörigkeit, Mittelohrentzündung, Sonstiges?

Leiden Sie unter Erkrankungen/Beschwerden im **Nasen-Rachenbereich**, Verstopfter Nase, Polypen, Mandelentzündungen, Sonstiges?

Mund und Zähne

Leiden Sie unter Zahnfleischbluten, Brennen der Zunge, Zahnfleiscentzündung, Zahnwurzelentzündungen, Mundsoor, Kälte-/Wärmeempfindlichkeit der Zähne, Sonstiges?

Wurde bei Ihnen Amalgamfüllungen entfernt? ☐ Ja ☐ Nein
 Wurde eine Amalgamausleitung bei Ihnen durchgeführt? ☐ Ja ☐ Nein
 Benutzen Sie fluoridhaltige Zahnpasta? ☐ Ja ☐ Nein

Zahnfüllmaterial ☐ Amalgam ☐ Kunststoff ☐ Gold ☐ Keramik

Implantate ☐ Ja ☐ Nein

Hormone

Leiden Sie unter einer **Erkrankung des Hormonsystems**, Schilddrüsenüberfunktion, Schilddrüsenunterfunktion, Diabetes insipidus, Hormonelle Dysregulation, Sonstiges?

Herz und Lunge

Leiden Sie unter **Bluthochdruck, Rhythmusstörung, Angina Pectoris, Herzinfarkt, Druckgefühl, Stechen?**

Leiden Sie unter anderen **kardiologischen Erkrankungen?**

Haben Sie einen **Herzschrittmacher** oder hatten Sie sonstige Herzoperationen?

Leiden Sie unter einer **Gefäßerkrankung**, Arteriosklerosen, PAVK, Aneurysma, Thrombose, Varizen, Sonstiges?

Leiden Sie unter einer **Lungenerkrankung**, Bronchitis, Lungenembolie, häufiges Husten, Lungenentzündung, Kurzatmigkeit, Sonstiges?

Bauch

Leiden Sie unter einer **Darmerkrankung**, Infektionen, Hämorrhoiden, Polypen, Divertikel, Blinddarm-Op, Sonstiges?

Leiden Sie unter einer **Magenerkrankung**, Reflux, Gastritis, Appetitlosigkeit, Übelkeit, Erbrechen, Völlegefühl, Sonstiges?

Haben Sie Beschwerden **vor** oder **nach dem Essen**?

Leiden Sie unter **Leber- Gallenerkrankungen**, Gallensteine, Gallenentzündung, Hepatitis, Leberzirrhose, Fettleber, Oberbauchdruck, Koliken, Sonstiges?

Leiden Sie unter einer **Erkrankung der Bauchspeicheldrüse**, Pankreatitis, Diabetes mellitus Typ1 / Typ 2, Sonstiges?

Stuhlgang

Täglich, jeden 2. 3. 4. Tag, unregelmäßig, riecht nach.....

Leiden Sie an Durchfall, Verstopfung, Blähungen, Gefühl nicht fertig zu sein, Inkontinenz Sonstiges?

Konsistenz Stuhl: hell, dunkel, lehmfarben, schwarz, hart, knollig, schmierig, wechselhaft, sonstiges

Haut/Nägel

Leiden Sie unter einer **Hauterkrankung**, Schuppenflechte, Warzen, Neurodermitis, Pilz, Juckreiz, Sonstiges?

Urologie

Leiden Sie unter einer **Nierenerkrankung**, Nierensteinen, Entzündungen, Koliken, Blasenentzündung, Sonstiges?.....

Prostata: Vergrößerung, Entzündung, Krebs, Sonstiges?

Harn: Viel, Wenig, Häufig, Konzentriert, sehr hell, sehr dunkel, blutig, Inkontinenz, Schmerzen beim Wasserlassen, Geruch nach....., Sonstiges

Gynäkologie

Haben oder hatten Sie eine **gynäkologische Erkrankung**, Zysten, Scheidenpilz, Endometriose, Myome, Tumore, Eierstockentzündung, PMS, Ausfluss, operative Eingriffe, Sonstiges?

Mensis: Ihr Alter bei Beginn der Menses..... Beschwerden vor ,
nach, während der Regel- welche?

Ihr Alter beim Beginn der Menopause Klimatische
Beschwerden- welche?

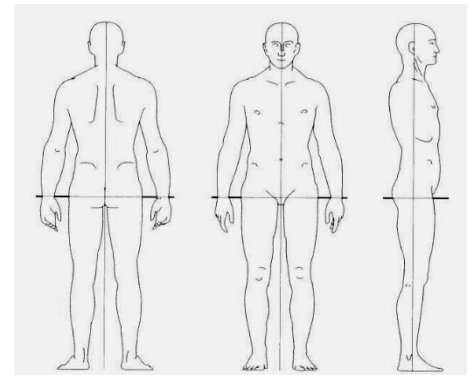
Nehmen Sie Verhütungsmittel? ☐ Ja, welche? ☐ Nein

Bewegungsapparat

Leiden Sie unter **anderen Erkrankungen** oder Beschwerden bezüglich des
Bewegungsapparates, Arthrose, Tennisellbogen, Golferellenbogen,
Bandscheibenvorfall, Hexenschuss, Sonstiges?

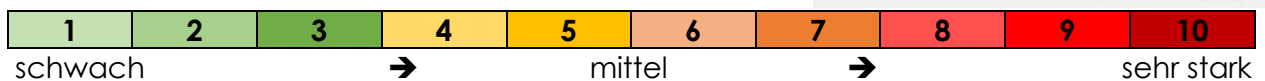
Schmerzfragen

Wo treten Schmerzen auf? Bitte beschreiben Sie
die Bereiche:



Schmerzskala für den Hauptschmerz

6



Seit wann haben Sie die Schmerzen?

Gab es ein auslösendes Erlebnis?

Wie oft haben Sie die Schmerzen? Immer, mehrmals am Tag, alle paar Tage,
wöchentlich

Wie ist das Schmerzempfinden? Ziehend, brennend, stehend, klopfend,
drückend, krabbelnd, reißend, kolikartig,
krampfend, dumpf, beengend, bohrend

Welche Ereignisse verschlimmern?

Körperliche Belastung, längeres Stehen, Sitzen,
Gehen, Stress, Kälte, Wärme, Nahrungsmittel,
Husten, Niesen,
Tageszeit.....
Wetterlage, Monatsblutung,
Sonstiges.....

Welche Ereignisse verbessern?

Ruhe, Schlaf, Bewegung, Kälte, Wärme, Sport,
Schmerzmittel, Urlaub

Andere Symptome zu Schmerz

Hautrötung, Blässe, Schwellung,
Berührungsempfindlichkeit, Schweißbildung,
Seh- oder Hörstörungen, Gangunsicherheit,
Muskelschwäche, Müdigkeit, Schwindel,
Bewegungseinschränkung

Sonstiges.....

Schmerzbehandlung bisher, wie?

Empfinden Sie sich selbst als resilient?

(psychisch widerstandsfähig gegenüber Stress und schicksalhafterem Geschehen)

☐ Nein?

☐ Ja?

Ernährung

Wieviel Liter und **was** trinken Sie pro Tag?

.....

Essen Sie viel **außer Haus**, **kochen Sie selbst** oder verwenden Sie **Fertiggerichte**?

Leben Sie nach bestimmten **Ernährungsrichtlinien**?

Benutzen Sie eine **Mikrowelle**?

☐ Ja

☐ Nein

Verwenden Sie **Zuckerersatzstoffe**?

☐ Ja

☐ Nein

Welche Lebensmittel essen Sie besonders gerne und oft:

Nachtschattengewächse (Kartoffeln, Tomaten, Zucchini, Auberginen, Paprika, Chili, etc.), Getreide, Brot (Vollkorn-, Roggen, Dinkelbrot, etc.), Hülsenfrüchte (Erbsen, Linsen, Bohnen, Kichererbsen), Nüsse (Erdnüsse, Cashewkerne, Mandeln, etc.), Obst, Milch?

Zutreffendes bitte unterstreichen.

Symptomliste

Bitte schätzen Sie folgende Punkte, nach Schulnotenprinzip, (1 = sehr gut, 3 = durchschnittlich und 6 = sehr schlecht) ein:

- ☐ Ausgeglichenheit
- ☐ Entspannung
- ☐ Konzentration
- ☐ Belastung
- ☐ Niedergeschlagenheit
- ☐ Gedächtnis
- ☐ Cholerisch
- ☐ Reizempfindlichkeit.....
- ☐ Müdigkeit
- ☐ Vitalität
- ☐ Schlaf
- ☐ Schwindel
- ☐ Anspannung.....

Leistungskatalog

Erstanamnese

(Dauer ca. 45 Minuten) 75 €

Besprechung von Laborergebnissen inkl. Individueller Mikronährstoffplan

(Dauer ca. 60 Minuten) 100 €

Bei den Zeitangaben handelt es sich um „ca.-Zeiten“, die sowohl nach unten als auch nach oben abweichen können.

Bitte beachten Sie, dass Gesetzliche Krankenkassen in der Regel keine Leistungen des Heilpraktikers erstatten.

Wichtiger Hinweis:

Die Kosten für Erstanamnese und Befundbesprechung sind vorab zu zahlen.

Terminbestätigung

erfolgt nach Zahlungseingang.

Kristina Apel



Heilpraktikerin

Datum und Unterschrift

Honorarvereinbarung

Erstanamnese:	75 €
Folgetermin:	50 €
Laborbesprechung inkl. Individueller Mikronährstoffplan:	100 €

Zahlungsbedingungen:

Erstanamnese und Befundbesprechung sind vorab zu zahlen. Termin erst nach Zahlungseingang.

Laborleistungen:

Die Abrechnung erfolgt direkt zwischen Patient und Biovis Diagnostik MVZ GmbH.

Datum und Unterschrift

PATIENTENINFORMATION ZUM DATENSCHUTZ (ONLINE-PRAXIS)

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten ist mir wichtig. Nach der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) bin ich verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck ich Ihre Daten erhebe, speichere oder weiterleite.

1. VERANTWORTLICHKEIT

Verantwortlich für die Datenverarbeitung ist:

Kristina Apel
Heilpraktikerin
Dotzheimer Str. 164
65197 Wiesbaden

Telefon: 0611 – 204 688 4
E-Mail: info@apel-heilkunde.de

2. ZWECK DER DATENVERARBEITUNG

Die Datenverarbeitung erfolgt zur Erfüllung des Behandlungsvertrages.

Hierzu verarbeite ich insbesondere:

- Anamnesen
- Diagnosen
- Therapievorschlüsse
- Befunde
- Laborergebnisse

Die Erhebung von Gesundheitsdaten ist Voraussetzung für Ihre Behandlung.

3. ONLINE-BEHANDLUNG & KOMMUNIKATION

Im Rahmen der Online-Praxis erfolgt die Kommunikation über:

- E-Mail
- Online-Formulare
- Videosprechstunde über [Sprechstundeonline.de](https://sprechstundeonline.de)

Hinweis:

Diese Kommunikationswege können Sicherheitslücken aufweisen.

4. EMPFÄNGER IHRER DATEN

Eine Weitergabe erfolgt nur, wenn dies erforderlich ist oder Sie eingewilligt haben.

Empfänger können sein:

- Labore, insbesondere
→ Biovis Diagnostik MVZ GmbH

Die Abrechnung der Laborleistungen erfolgt direkt zwischen Patient und Labor.

5. ZAHLUNGSABWICKLUNG

Im Rahmen der Online-Praxis erfolgt die Abrechnung teilweise vorab (Vorkasse).

Hierbei können Zahlungsdaten an Zahlungsdienstleister übermittelt werden.

6. SPEICHERUNG IHRER DATEN

Ich bewahre Ihre Daten mindestens 10 Jahre auf (§ 630f BGB).

7. IHRE RECHTE

Sie haben das Recht auf:

- Auskunft
 - Berichtigung
 - Löschung
 - Einschränkung
 - Datenübertragbarkeit
 - Widerruf
-

8. RECHTLICHE GRUNDLAGEN

Art. 6 Abs. 1 lit. b DSGVO

Art. 9 Abs. 2 lit. h DSGVO

9. BESCHWERDERECHT

Zuständige Aufsichtsbehörde:

Der Hessische Beauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit

Die Anschrift der für uns zuständigen Aufsichtsbehörde lautet:

Der Hessische Datenschutzbeauftragte

Postfach 3163

65021 Wiesbaden

Telefon: +49 611 1408 - 0

Telefax: +49 611 1408 - 611

EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG

Ich willige ein, dass meine Daten zu folgenden Zwecken verarbeitet werden:

- Durchführung der Behandlung
- Dokumentation
- Abrechnung
- Laborauftrag

Kommunikation

Ich wurde darauf hingewiesen, dass:

- die Verarbeitung gemäß DSGVO erfolgt
- die Einwilligung freiwillig ist
- ich sie jederzeit widerrufen kann

Ohne diese Einwilligung ist eine Behandlung nicht möglich.

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____