

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 sind wir auf Ihre aktive Mithilfe angewiesen. Je genauer und umfassender Ihre Informationen sind, umso besser können wir uns auf Sie vorbereiten und diagnostizieren.

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

Vielen Dank!

Kathrin Titze
Heilpraktikerin

Name _____

Straße, PLZ Ort _____

Geburtsdatum _____ Telefon _____

Geburtsort _____ Geburts-Uhrzeit _____

Beruf _____

E-Mail _____

Familienstand/Kinder: _____

Blutgruppe (falls bekannt): _____

Krankenkasse (privat/gesetzlich): _____

Wenn gesetzlich – Zusatzversicherung für Heilpraktiker: ja _____ nein _____

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

2. **Gab es einen Auslöser für Ihre Beschwerden? Z.B. Erkrankungen, Unfälle, Trauer, Kummer, Medikamente, Impfungen, etc.?**

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

- | | | |
|---------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Masern | <input type="checkbox"/> Röteln | <input type="checkbox"/> Windpocken |
| <input type="checkbox"/> Mumps | <input type="checkbox"/> Scharlach | |

4. **Welche Operationen? Zutreffendes bitte ankreuzen:**

- Blinddarm
 Mandeln
 Sonstiges _____

5. **Welche Allergien liegen vor? Bitte ankreuzen:**

- | | | |
|--|------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Heuschnupfen | <input type="checkbox"/> Tierhaare | <input type="checkbox"/> Hausstaub |
| <input type="checkbox"/> Penicillin | <input type="checkbox"/> Lidocain | <input type="checkbox"/> Acetylsalicylsäure
(z.B. Aspirin) |
| <input type="checkbox"/> Pollen | <input type="checkbox"/> Milben | |
| <input type="checkbox"/> Metalle | | |
| <input type="checkbox"/> Nahrungsmittel, bitte nennen: _____ | | |
| <input type="checkbox"/> Sonstige Allergien, bitte nennen: _____ | | |

6. **Familienvorgeschichte, bitte ankreuzen:**

- | | | |
|---|-----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Fettstoffwechselstörung |
| <input type="checkbox"/> Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Lungenerkrankung |
| <input type="checkbox"/> Erbkrankheiten | <input type="checkbox"/> Krebs | |
| <input type="checkbox"/> Sonstige _____ | | |

7. **Für Patientinnen, bitte ausfüllen:**

Anzahl Schwangerschaften _____

Anzahl Geburten _____

Einnahme der Pille ja nein

Monatsblutung regelmäßig schmerzhaft
 unregelmäßig keine mehr seit:

Dammschnitt/Dammriss ja nein Kaiserschnitt

8. Welche Medikamente nehmen Sie derzeit ein?

9. Zu Ihrer Person:

Größe _____ Körpergewicht _____ Anzahl _____ Zigaretten/Tag _____

Welchen regelmäßigen Sport treiben Sie? _____

Wogegen sind Sie geimpft? _____

Covid-Impfung? (ja/nein) _____

Wenn ja: Anzahl _____ Wann _____

Typ? (Biontec, Astra, Moderna, J&J) _____

Covid-Erkrankung? (ja/nein; wenn ja, wann) _____

Wie viel trinken Sie pro Tag und was? _____

Wie viel Kaffee trinken Sie pro Tag? _____

Was essen Sie am liebsten? _____

Welche Abneigung haben Sie gegen Nahrungsmittel? _____

Haben Sie derzeit Stress? _____

Wie ist ihr Schlafverhalten? _____
(Ein-, Durchschlafen, Tagesmüdigkeit)

10. Hatten Sie bereits Infektionskrankheiten? Z.B. im Urlaub

11. Welches Füllmaterial wurde für Ihre Zähne verwendet?

- | | | |
|----------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> Amalgam | <input type="checkbox"/> Amalgam entfernt | <input type="checkbox"/> Kunststoff |
| <input type="checkbox"/> Gold | <input type="checkbox"/> Keramik | <input type="checkbox"/> Wurzelbehandlung |

- | | | |
|---------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Weisheitszähne vorhanden? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Implantate | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

12. Wie ist ihre Verdauung? Bitte wieder ankreuzen:

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

Nahrungsmittel, die Sie schlecht vertragen: _____

13. Kälte- o. Wärmeempfindlich? ja nein

14. Welche Werte waren in Ihrem letzten Blutbild verändert? Ggf. beilegen.

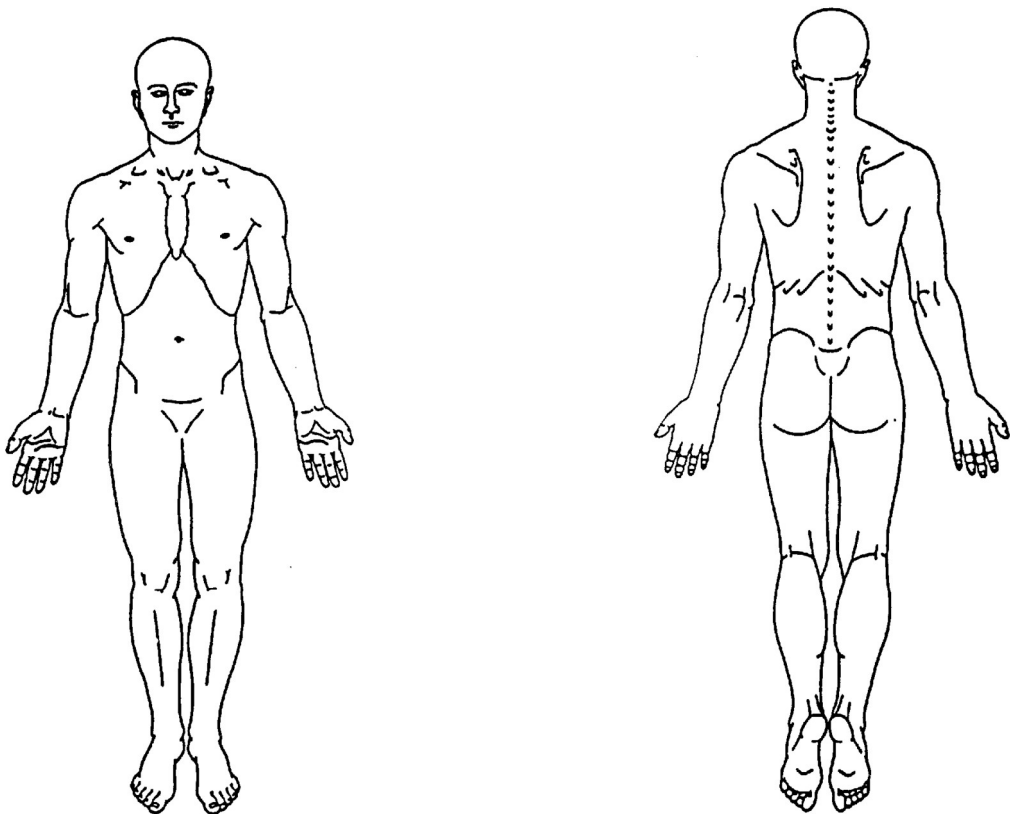
15. Welche Maßnahmen ergreifen Sie selbst, um Ihre Gesundheit zu erhalten?

Chronologische Krankheitsgeschichte: Bitte erfassen Sie kurz alle bisherigen Erkrankungen die Sie durchgemacht haben?

Datum, Unterschrift _____

Welche Narben, Tattoos bzw. Schmerzstellen haben Sie am Körper?

Bitte in den Figuren mit **blauem** Stift die **Narben, Tattoos** und mit **rotem** Stift die **Hauptschmerzstellen** einzeichnen.



Bitte kreuzen Sie an:

Schmerzskala für den Hauptschmerz: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (1 schwach, 5 mittel, 10 stark)

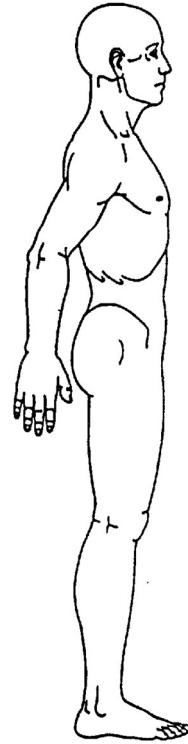
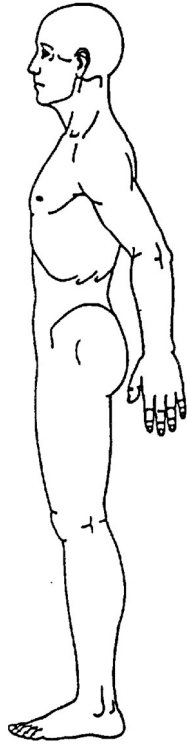
Seit wann haben Sie Schmerzen? _____

Wann treten die Schmerzen auf? _____

Narben: Spüren Sie die Narben? ja nein



KATHRINTITZE
VON DER URSACHE ZUR HEILUNG



Einwilligungserklärung

Liebe Patientinnen und Patienten,

als Heilpraktikerin ist der Schutz personenbezogener Daten für mich selbstverständlich.

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. zur Datenübermittlung zu Abrechnungszwecken an die entsprechende Krankenkasse. (Wenn Sie dies nicht wünschen, melden Sie dies bitte an unserer Anmeldung.)

2. 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 Heilpraktikern und Therapeuten anfordern dürfen. (Wenn Sie dies nicht wünschen, melden Sie dies bitte an unserer Anmeldung.)

3. Laboruntersuchungen mit Ihren Personalien an das entsprechende Fachlabor zu senden, da viele Untersuchungen nicht in unserer Praxis durchgeführt werden können. (Wenn Sie dies nicht wünschen, melden Sie dies bitte an unserer Anmeldung.)

Ich bin darüber informiert, dass ich jederzeit Auskunft über die zu meiner Person gespeicherten Daten verlangen kann. Darüber hinaus habe ich das Recht auf Mitnahme dieser Daten, sowie Rechte auf Berichtigung, Einschränkung der Verarbeitung und Löschung dieser Daten. Bei Löschanfragen muss die Praxis Diasan jedoch die gesetzlich geltenden Aufbewahrungsfristen beachten. Ansprechpartner für meine gespeicherten Daten ist Frau Kathrin Titze-Freidhöfer. Meine Einwilligung ist freiwillig. Sie ist jederzeit schriftlich bei dem oben genannten Ansprechpartner mit Wirkung für die Zukunft widerrufbar. Wenn ich nicht einwillige, oder meine Einwilligung widerrufe, entstehen für mich keine Nachteile, außer dass einige der o.g. Serviceleistungen nicht mehr in vollem Umfang erbracht werden können. Darüber hinaus habe ich das Recht, mich bei der zuständigen Datenschutzbehörde zu beschweren.

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Telefonnummer:

Ort, Datum Unterschrift Patient(in)