

Anamnese-Fragebogen

(Bitte sorgfältig ausfüllen, nicht zutreffendes streichen oder ggf. ergänzen!)

Datum: _____

Vorname		Nachname			
Straße, Nr.					
PLZ	Wohnort				
Telefon		Mobil	Krankenversicherung		
E-Mail		Beruf, frühere Berufe/Tätigkeiten			
Geburtsstag	Alter	Familienstand seit	Blutgruppe	Körpergröße in cm	Körpergewicht in kg

Heilpraktikerin



Anke Gräfe

Naturheilpraxis Anke Gräfe
Saalfelder Straße 19
07387 Krölpa / OT Rockendorf

Tel.: 03647 / 419339
E-Mail: kontakt@heilpraxis-graefe.de
Web: www.heilpraxis-graefe.de

Akute Beschwerden

Unter welchen akuten Beschwerden leiden Sie und seit wann? Ordnen Sie die Beschwerden nach Ihrer Wichtigkeit.

1 _____ seit: _____

2 _____ seit: _____

3 _____ seit: _____

4 _____ seit: _____

5 _____ seit: _____

Was war unmittelbar vor dem ersten Auftreten Ihrer jetzigen Beschwerden?

- Kummer Trauer Schreck Reise Operationen Hautausschläge Andere Erkrankung
- Sonstiges _____

Welche Behandlungen haben Sie, von wem, bereits gegen die Beschwerden bekommen? Welche Erfolge wurden erzielt?

Was erwarten Sie von unserer Behandlung?

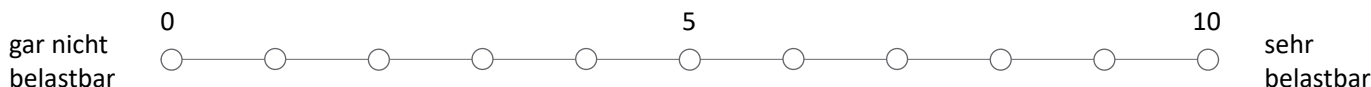
Listen Sie bitte alle Medikamente/Nahrungsergänzungsmittel auf, die Sie einnehmen.

Name	seit	Warum	Dosierung

Allgemeine Symptome

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="radio"/> Mangelnde Konzentration | <input type="radio"/> Schuldgefühle | <input type="radio"/> Infektionsanfälligkeit |
| <input type="radio"/> Müde und erschöpft | <input type="radio"/> ungelöste Konflikte | <input type="radio"/> Neigung zur Erkältung |
| <input type="radio"/> Verstärkt reizbar | <input type="radio"/> Ängste | <input type="radio"/> häufiges Schwitzen |

Wie belastbar und leistungsfähig fühlen Sie sich auf einer Skala von 0-10?



Kopf

Leiden Sie unter Kopfschmerzen?

- häufig selten nie
 Stirn/Augen/Schlafenregion
 Hinterhauptregion
 morgens abends
 halbseitig halbseitig
 links rechts
 aus dem Nacken kommend

Auslöser der Kopfschmerzen

Was verbessert sie?

Was verschlechtert sie?

Schilddrüse

- Überfunktion Unterfunktion
 Vergrößerung Operation
 Autoimmunerkrankung/Hashimoto

Augen

- Bindehautentzündung
 kurzsichtig weitsichtig
 sonstige Beschwerden
 Brille, seit: _____

Ohren

- Schmerzen links rechts
 Mittelohrentzündungen
 Ohrendruck links rechts
 Ohrgeräusche links rechts
 Hörminderung links rechts
 Hörgerät

Mandeln

- Operation
 häufige Mandelentzündungen
 als Kind
 heute

Nase

- Operationen Heuschnupfen
 Nasennebenhöhlenentzündungen
 behinderte Nasenatmung
 Nase verstopft

Absonderungen

- wässrig schleimig
 eitrig grünlich
 Allergien: _____

Leiden Sie unter Haarausfall?

- ja, seit: _____
 kreisrunder Haarausfall
 vereinzelter Haarausfall
 gefärbt, seit: _____
 Dauerwelle, seit: _____

Zähne und Kiefer

- Erschwerter Durchbruch der Weisheitszähne
 wurzelbehandelte Zähne
 Tote Zähne
 Wurden tote oder Weisheitszähne chirurgisch entfernt?

Temperaturempfindlichkeit?

- heiß kalt

Wurden bei Ihnen

Amalgamfüllungen entfernt?

- ja nein

Wurde danach eine Quecksilberausleitung vorgenommen?

- nein
 ja, wie? _____

Zahn-Füll-Ersatzmaterialien*?

- Amalgam Gold
 Kunststoff Titan
 Keramik Palladium
 Implantate andere

Kiefergelenke

- Schmerzen
 Geräusche beim Kauen
 Blockade
 Zähneknirschen

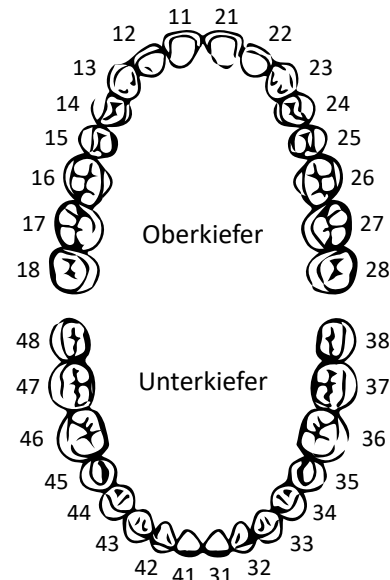
Zunge (wird vom Therapeuten eingetragen)

- Zahneindrücke
 Belag
 Stauungszeichen

Name Ihres aktuellen Zahnarztes?

Bitte markieren Sie behandelte oder erkrankte Zähne oder Zahnfleisch.

Ihre rechte Seite Ihre linke Seite



* Nicht zutreffendes bitte streichen!

Körper und Organfunktionen

Herz

- Beschwerden
- Stechen
- Druckgefühl
- Rhythmusstörungen
- Beklemmungen
- Infarkt

Brustdrüse

- Beschwerden
- Operationen

Lunge

- Bronchitis
- häufig Husten
- Atemnot
- Allergien/Asthma*

Galle

- Steine
- Koliken
- Operationen
- Druck im Oberbauch
- Fettunverträglichkeit

Magen

- Völlegefühl
- Sodbrennen
- Appetitlosigkeit
- Gastritis

Blutgerinnungsstörung

- ja nein

Rücken

- Schmerzen
- Hexenschuss
- Ischias
- Skoliose
- Verspannungen
- Verhärtungen
- Steifigkeit
- Rheuma

Leber

- Hepatitis/Entzündungen
- Fettleber

Nieren/Blase

- Nierensteine
- Nierenerkrankungen
- Blasenentzündungen
- Häufigkeit: _____

Harn

- viel wenig häufig
- kann nicht halten
- nächtlicher Harndrang

Arme

- Verletzungen
- Schmerzen
- Tennisellenbogen
- kalte Hände
- Kribbeln
- Taubheitsgefühl

Beine

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

Haut/Nägel

- Verbrennungen
- Narben
- Geschwüre
- Hautjucken
- Warzen
- eingewachsene Nägel
- Nagelbettentzündungen
- Fußpilz
- Nagelpilz
- Pearcings
- Allergien auf: _____

Darm

- Blähungen
- Verstopfung
- Reizdarm
- Colitis ulcerosa
- Morbus Crohn
- Polypen
- Divertikel
- Verwachsungen
- Hämorrhoiden

Stuhlgang

- täglich: 1 bis _____ mal
- jeden 2. Tag
- jeden 3. Tag
- unregelmäßig
- klebrige Rückstände nach WC-Spülung
- Neigung zu Durchfall

Farbe/Geruch

- hell dunkel
- übelriechend

Konsistenz

- weich hart knollig
- schmierig pastenartig
- kann Stuhl nicht halten
- Gefühl nicht fertig zu werden

Gynäkologischer Bereich

Ausfluß?

- ja nein
- weiß gelb
- wundmachend

Erste Menses?

Letzte Menses?

Blutungen sind:

- hell
- dunkel
- klumpig
- braun
- regelmäßig
- unregelmäßig

- Schmerzen
- Eierstockentzündungen
- Ausschabung
- Geburten/Wie viele?

- Fehlgeburten/Wie viele?

- Abtreibungen
- Tumore
- Zysten
- Myome
- Geschlechtskrankheiten
- Sterilisation

Sexualität (freiwillige Angaben)

- verstärkt
- unbefriedigt
- Beschwerden beim Geschlechtsverkehr
- Probleme mit der Sexualität
- glücklich und zufrieden

Verhütungsmaßnahmen

- Pille
- Spirale
- Hormonspirale
- Hormonspritze
- andere
- keine

Urologischer Bereich

Prostata

- vergrößert
- Entzündungen
- Beschwerden beim Wasserlassen
- Operation
- Geschlechtskrankheiten
- Sterilisation
- Erektionsprobleme

Sexualität (freiwillige Angaben)

- verstärkt
- unbefriedigt
- Beschwerden beim Geschlechtsverkehr
- Probleme mit der Sexualität
- glücklich und zufrieden

* Nicht zutreffendes bitte streichen!

Lebensweise

Treiben Sie regelmäßig Sport?

- nein ja, folgenden:

Beschaffenheit der Wohnung?

- In der Nähe befinden sich:
Überlandleitung/Bahnstrom/Bahngleise,
Trafostation, Funkmast, Bäche, Flüsse*
- Schimmelpilzbelastung
- Antiquitäten / Holzschutzmittel
- Teppichböden Ledermöbel
- Mikrowelle Induktionsherd

Wie ist Ihr Schlaf?

- Schlaflosigkeit
- häufiges Erwachen
Um wie viel Uhr? _____
- häufiges Wasserlassen
Wie oft? _____
- Schwierigkeiten beim Einschlafen
- Unruhe in den Beinen
- Sprechen im Schlaf
- Nachtschweiß heiße Füße
- Zähne knirschen Lebhaftige Träume
- Schichtarbeit Früh/Spät/Nacht*
- Regelmäßige Schlafzeiten
von: _____ bis: _____

Wie ist Ihr Schlafplatz eingerichtet?

- schnurlose Telefone / Internet
- elektrische Geräte standby
- eingebauter elektrischer Motor
- Fernseher Wasserbett

Wie viel Liter trinken Sie täglich?

Alle Angaben in ca. Liter



Was trinken Sie?

Menge? Häufigkeit?

- Wasser¹ _____
- Fruchtsäfte _____
- Bier/Wein* _____
- hochprozentigen
Alkohol _____
- Kaffee/Tee/Milch* _____
- Softdrinks _____
- (still/medium/classic-Kohlensäure)*¹

Rauchen Sie?

- ja nein
- Wie viele? _____
- Seit wann? _____
- Passivraucher? E-Zigarette
- Nichtraucher seit _____

Baubiologische Untersuchung des Wohn/Arbeitsbereiches?*

- nein ja, mit folgendem Ergebnis: (ggf. das Gutachten den Unterlagen hinzufügen!)

Welche Nahrungsmittel essen Sie wie häufig?

	selten bis nie	1-3 x wöchentlich	1 x täglich	2 x täglich	mehrmals täglich
Käse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Joghurt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Milchprodukte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wurst	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Weißmehlprodukte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kuchen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eier	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zucker	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fleisch	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fisch	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Geflügel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gemüse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Obst	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nüsse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sojaprodukte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Marmelade	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Süßigkeiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Auf welche Lebensmittel können Sie schwer verzichten?

Nahrungsmittel-Allergien auf:

Nahrungsmittelunverträglichkeiten?

- Gluten Fructose Lactose

Bevorzugte Ernährung?

- Mischkost vegetarisch vegan Rohkost Fertiggerichte

Ihre Geburt war:

- natürlich früh kompliziert durch Kaiserschnitt

Wurden Sie gestillt?

- ja nein

Sind Sie bereit, Ihre Ernährungsgewohnheiten mit unserer Hilfe zu verbessern?

- ja nein

* Nicht zutreffendes bitte streichen!

Behandlungskosten

Die Kosten für eine Behandlung beim Heilpraktiker werden von den meisten gesetzlichen Krankenkassen nicht getragen und müssen daher von Ihnen selbst übernommen werden. Allerdings besteht auch die Möglichkeit, einen entsprechenden Zusatztarif bei einer privaten Krankenkasse abzuschließen, der in diesen Fällen einspringt. Private Krankenkassen übernehmen heilpraktische Leistungen ganz oder teilweise entsprechend den von Ihnen abgeschlossenen Tarifoptionen, in der Regel jedoch nur gemäß der Gebührenordnung für Heilpraktiker (GebüH). Heilpraktiker sind nicht an die GebüH gebunden. Da die Erstattungssätze nach der GebüH nicht kostendeckend sind, rechne ich auf Basis untenstehender Kostensätze ab.

Über die Höhe der für Sie zu erwartenden Behandlungskosten und den konkreten Abrechnungsmodus kläre ich Sie vor Beginn der Behandlung auf. Es ist empfehlenswert, dass Sie sich gegebenenfalls bereits im Vorfeld bei Ihrer Krankenkasse über die Höhe der für Sie zutreffenden Erstattungssätze informieren. Von der Krankenkasse nicht übernommene Kosten sind von Ihnen selbst zu tragen.

Die Behandlungskosten sind direkt im Anschluss an die Behandlung in bar zu begleichen.

Sie erhalten eine ordnungsgemäße Quittung. Sollten Sie für Ihre Krankenkasse eine detaillierte Rechnung auf Basis der GebüH benötigen, so bekommen Sie diese gerne von mir erstellt.

Auszug Behandlungskosten für selbstzahlende Patienten:

Schmerztherapie nach Liebscher & Bracht: 60 Minuten = 90 €

Weitere Behandlungen, Konsultationen bzw. Beratungsleistungen (einschließlich telefonisch) berechne ich 70 € pro Stunde. Die Abrechnung erfolgt nach Zeiteinheit.

Meine Praxis ist eine Bestellpraxis. Deshalb ist es sehr wichtig, dass Sie Termine mindestens 48 Stunden im Voraus absagen, wenn Sie sie nicht wahrnehmen können. Andernfalls muss ich die nicht stattgefundene Behandlung in Rechnung stellen.

Datenschutzrechtliche Einwilligung in die Verarbeitung personenbezogener Daten

Hiermit **bestätige** ich Folgendes:

- Ich bin darauf hingewiesen worden, dass die Verarbeitung meiner Daten zum Zweck der medizinischen Behandlung (Anamnese, Befunderhebung, Diagnose, Therapie, Nachsorge etc.) sowie aufgrund des zugrunde liegenden Behandlungsvertrags erforderlich ist.
- Ich bin darauf hingewiesen worden, dass die Einwilligung die Verarbeitung sensibler Daten (Gesundheitsdaten) umfasst.
- Die zur sachgerechten Information erforderlichen Angaben habe ich vor der Datenerhebung von der verantwortlichen Person mitgeteilt bekommen.
- Meine Einwilligung erfolgt freiwillig. Mir ist bekannt, dass ich nicht verpflichtet bin, diese Einwilligung zu erteilen. Erteile ich diese Einwilligung nicht, entstehen mir hierdurch keine Nachteile. Ohne Einwilligung kann jedoch grundsätzlich keine Behandlung durch den Verantwortlichen erfolgen.
- Den Inhalt der abgedruckten Widerrufsbelehrung habe ich vor Erteilung der Einwilligung zur Kenntnis genommen.
- Außerdem möchte ich über den E-Mail Verteiler über Kurstermine, Urlaub und zu Gesundheitsthemen informiert werden. (Falls das nicht gewünscht wird, bitte durchstreichen)

Widerrufsbelehrung

Diese Einwilligung kann jederzeit und ohne Angabe von Gründen widerrufen werden. Die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung wird dadurch nicht berührt. Gesetzliche Erlaubnistatbestände bleiben von einem Widerruf der Einwilligung unberührt. Im Falle des Widerrufs ist eine Fortsetzung der Behandlung durch den Verantwortlichen grundsätzlich nicht mehr möglich. Die Einwilligung kann mündlich oder schriftlich widerrufen werden.

Die Hinweise zu den Behandlungskosten und zum Datenschutz habe ich gelesen und akzeptiere diese.

Datum, Unterschrift