

Anamnesebogen

Vorname..... **Name**.....

Adresse.....

Email..... **Telefon**.....

Geburtsdatum.....

Versicherung.....

Wie sind Sie an mich gekommen?

.....

Liebe Patientin, Lieber Patient,

bitte nehmen Sie sich genug Zeit zum Durcharbeiten und Ausfüllen dieses Fragebogens. Bei den Beispielen genügt es zu unterstreichen; Sie können jedoch auch gerne ergänzende Worte zum Krankheitsverlauf oder zur Krankengeschichte aufschreiben.

Für eine homöopathische Anamnese sind alle Einflüsse von Bedeutung, z.B. was verbessert oder verschlechtert die Beschwerden, wann erstmalig aufgetreten, welche Seite sind die Beschwerden usw. Auch wenn etwas für Sie noch so unwichtig erscheint, erwähnen Sie es bitte.

Bitte bringen Sie folgende Dinge mit:

- Alle ärztlichen und zahnärztlichen Befunde (sofern nicht älter als 12 Monate)
- Impfpass
- Diesen ausgefüllten Anamnesebogen
- Ein Foto

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit und das entgegen gebrachte Vertrauen!

Unter welchen Beschwerden leiden Sie?

z.B. auch wo sind die Beschwerden, seit wann, wie, zu welcher Zeit treten sie auf, wodurch bessern oder verschlechtern diese sich

Was war unmittelbar vor dem ersten Auftreten ihrer jetzigen Beschwerden?

z.B. eine Erkrankung, Kummer, Trauer, Schock, Ärger, Sorgen, Unfall, Operationen, Hautausschläge, usw.

Nehmen Sie zur Zeit Medikamente oder Nahrungsergänzungsmittel ein? Wenn ja, welche?

Welche Krankheiten sind in Ihrer Familie bekannt?

z.B. Allergien, Asthma, Schuppenflechte, Neurodermitis, Migräne, Epilepsie
Gefäßkrankheiten, Schlaganfall, Herzinfarkt, Rheumatismus, Gicht, Arthrose,
Arthritis, Nierensteine, Gallensteine, Übergewicht, Diabetes, Geisteskrankheiten,
Tuberkulose, Krebs, Geschlechtskrankheiten, Herzkrankheiten, usw.

Gibt es bei Ihnen bekannte Allergien?

Welche Impfungen haben Sie bekommen?

Bitte Impfausweis mitbringen

z.B. Grippe, Zecken, Tetanus, Malaria, Gelbfieber, Masern, Röteln usw.

Kopf

z.B. Schmerzen, Schwindel

Haare

Augen

z.B. Rötungen, Juckreiz, Brennen, Tränen, Lichtempfindlichkeit, Kurzsichtigkeit, Weitsichtigkeit, Windempfindlichkeit, Grauer Star, Bindehautentzündungen usw.

Nase

z.B. Trockenheit der Nase, Niesreiz, Schnupfen, Nase verstopft, Absonderung, häufig Nasennebenhöhlenentzündungen, Operationen, Polypen usw.

Hals/ Mandeln

z.B. Operation, häufig Mandelentzündungen als Kind / heute

Ohren

z.B. Mittelohrentzündung, Schwerhörigkeit, Tinnitus, usw.

Mund

z.B. Geschmack, Trockenheit, Speichelfluss, Aphten, usw.

Zähne / Zahnfüllmaterialien

z.B. Zahnbeschwerden, tote Zähne, Füllungen

Schilddrüse

z.B. Überfunktion, Unterfunktion, Vergrößerung, Druck-/Kloßgefühl, Entzündungen, Operationen usw.

Lunge

z.B. Bronchitis, Lungenentzündung, Auswurf

Herz

z.B. Angina, Rhythmusstörungen, Infarkte

Leber/Galle

z.B. Steine, Völlegefühl, Hepatitis

Bewegungsapparat

z.B. Bewegungseinschränkungen, Kribbeln, Taubheitsgefühl, Schmerzen

Magen/Darm

z.B. Verdauungsprobleme, Sodbrennen, Hämorrhiden; Stuhlgang

Urogenital

z.B. Blasenentzündungen, Juckreiz, Infektionskrankheiten; Urin

Gynäkologie

z.B. Ausfluss, Schwangerschaften, Condylome, Wechseljahrsbeschwerden

Menstruation

stark, schwach, schmerzhaft, schmerzen wann;
erste Blutung:
letzte Blutung:

wie verhüten Sie?

Sexualität

z.B. vermindert, vermehrt, schmerzhaft.

Prostata

z.B. vergrößert, Beschwerden beim Wasserlassen, „Nachträufeln“

Haut

z.B. Muttermale, Warzen, Ausschläge, Neurodermitis, Pilze, Herpes, Brennen, Jucken

Nägel

z.B. brüchig, fleckig, Rillen

Schlaf

Schlaflosigkeit, Schlaflage, Träume, Zähneknirschen, Schlafwandeln, Nachtschweiss

Behandlungsvereinbarung

Liebe Patienten,

Ich wende naturheilkundliche Behandlungsverfahren an. Nicht alle dieser Verfahren sind wissenschaftlich anerkannt, aber ich wende selbstverständlich nur Verfahren an, die nach meinem Wissensstand und meiner Überzeugung dem Wohle Ihrer Gesundheit dienen.

Eine Garantie auf Heilung darf ich Ihnen nach dem Heilmittelwerbegeetz nicht geben.

Die Bedingungen der Kostenübernahme naturheilkundlicher Verfahren unterscheiden sich bei den verschiedenen privaten Krankenkassen und Zusatzversicherungen deutlich. Von den gesetzlichen Krankenkassen werden sie generell nicht übernommen.

Die etwaige Differenz zwischen meinem Honorar und dem Erstattungsbetrag Ihrer Versicherung ist daher von Ihnen selbst zu tragen.

Außerdem möchte ich Sie darauf hinweisen, das dies eine reine Bestellpraxis mit fester Terminvergabe ist. Sollten Sie einen Termin nicht einhalten können bitte ich Sie daher, diesen spätestens 24 Stunden im voraus abzusagen, anderenfalls wird das volle Honorar in Rechnung gestellt. (§ 615 BGB)

Zum Zweck der Versorgung und Abrechnung werden Ihre personenbezogenen Daten erhoben und verarbeitet, also Ihre Kontakt - und Gesundheitsdaten wie Anamnese, Medikation, Diagnosen etc. Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie sich hiermit einverstanden.

Wenn Sie meine Beratung über Dienste wie WhatsApp, Telegramm oder ähnliche in Anspruch nehmen kann ich nicht für die Sicherheit dieser Informationen garantieren und es geschieht auf Ihre eigene Verantwortung.

Hamburg, den Unterschrift

Über alle Informationen, die ich im Laufe unserer Zusammenarbeit über Sie erhalte, gewahre ich selbstverständlich absolutes Stillschweigen.

Zu Gunsten einer möglichst umfassenden Diagnose und wirkungsvollen Behandlung setze ich mich aber gerne mit mitbehandelnden Therapeuten und Ärzten in Verbindung.

Sollten Sie dies wünschen, bitte ich Sie mich mit Ihrer Unterschrift von der Schweigepflicht zu entbinden.

Hamburg, den Unterschrift

Vielen Dank für Ihr Verständnis und das entgegen gebrachte Vertrauen!