

Anamnese – Fragebogen

Diese Information werden vertraulich behandelt und dienen ausschließlich der aktuellen Behandlung.



Bitte mit Druckbuchstaben ausfüllen!

Name: _____

Vorname: _____

Geburts-Datum: _____

Straße & Nr.: _____

PLZ & Ort: _____

Telefon (Privat): _____

Telefon (Mobil): _____

eMail: _____

Beruf: _____

Versicherung:

- Gesetzliche Krankenversicherung (AOK / DAK / BKK / etc.)
- Private Kranken-Zusatz-Versicherung für Heilpraktiker (Allianz / DKV / HUK-Coburg / etc.)
- Private Krankenversicherung (Allianz / Axa / DKV / Debeka / HUK-Coburg / etc.)
- Ich bezahle Privat

Meine letzte Generaluntersuchung bei meinem Hausarzt war am _____ und hat

- absolute organische Gesundheit ergeben.
- folgende Befunde ergeben:

Ich bin _____ cm groß und wiege aktuell _____ Kg.

Ich bin...

- ledig
- bin in einer Beziehung
- verheiratet
- geschieden / verwitwet

Ich habe...

- leibliche Kinder
- angenommene / "Patchwork"-Kinder
- Adoptivkinder / Pflegekinder

Anzahl & Alter der Kinder:

_____ Mädchen im Alter von _____ Jahren

_____ Jungen im Alter von _____ Jahren

Ich habe folgendes aktuelles Anliegen / Ich komme in die Praxis aufgrund:

Ich nehme folgende Medikamente / Nahrungsergänzungsmittel ein:

wie häufig pro Tag / Woche / Monat / bei Bedarf

Ich habe folgende Allergien / Unverträglichkeiten:

Tiere / Pflanzen / Lebensmittel / Medikamente / etc.

Ich hatte folgende Krankheiten / Krankenhausaufenthalte / Operationen:

_____ Jahr _____

_____ Jahr _____

_____ Jahr _____

_____ Jahr _____

In meiner Familie gab es folgende Krankheiten:

Zutreffendes bitte unterstreichen

Asthma / Allergien / Neurodermitis / Schuppenflechte / Rheuma / Gicht / Migräne / Epilepsie / Ängste / Phobien / Zwangserkrankungen / Depressionen / Manien / Schizophrenie / Persönlichkeitsstörungen / Burn Out / ADHS / ADS / Geistige Behinderungen / Suchterkrankungen (Alkohol-Drogen-Medikamente) / Gefäßkrankheiten / Thrombosen / Herzkrankheiten / Schlaganfall / Multiple Sklerose / Parkinson / Krebs / Essstörungen

Angaben zu meiner Person & Gesundheit:

bei Auswahlmöglichkeit bitte Zutreffendes unterstreichen

Thema	Ja	Manchmal	Nein
<i>Ich war schon einmal bei einem Heilpraktiker</i>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>
<i>Ich bin schon einmal homöopathisch behandelt worden</i>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>
<i>Ich bin schon einmal mit Akupunktur behandelt worden</i>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>
<i>Ich kenne Entspannungsverfahren wie z.B.: Autogenes Training / Muskelentspannung nach Jacobsen</i>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>
<i>Ich hatte schon mal eine Hypnosesitzung</i>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>
<i>Ich hatte schon mal eine Psychotherapie</i>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>
<i>Ich rauche: wenig / moderat / viel</i>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>
<i>Ich trinke Alkohol</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>Ich nehme Drogen</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>Ich hatte Kontakt zu Umweltgiften (Asbest, etc.)</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>Ich nehme regelmäßig Schmerztabletten</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>Ich nehme regelmäßig Beruhigungstabletten</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>Ich leide unter Ein- / Durchschlafproblemen</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>Ich leide unter Schwindel</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>Ich leide unter Übelkeit / Erbrechen</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>Ich habe Ohnmachtsgefühle</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>Ich leide unter Atemnot</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>Ich leide unter Herzrasen / Herzstolpern</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>Ich leide unter Ohrengeräuschen / Tinnitus</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

<i>Ich leide unter Kopfschmerzen</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>Ich leide unter Rückenschmerzen</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>Ich leide unter Bauchschmerzen</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>Ich leide unter Verstopfung / Durchfall</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>Ich leide unter Appetitlosigkeit</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>Ich habe in letzter Zeit an Gewicht verloren</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>Ich habe in letzter Zeit an Gewicht zugenommen</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>Ich leide unter Gelenkschmerzen</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>Ich leide unter Husten / Asthma</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>Ich leide unter Hautausschlägen</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>Ich hatte einen Schlaganfall / einen Herzinfarkt</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>Ich schwitze übermäßig viel</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>Ich bin häufig verstimmt / launisch</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>Ich ärgere mich schon über "Kleinigkeiten"</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>Ich bin allgemein eher ängstlich</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>Ich bin pessimistisch / niedergeschlagen / depressiv</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>Ich habe schon einmal an Suizid gedacht</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>Ich habe schon einen Suizidversuch hinter mir</i>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>

Hinweise zur Behandlung in meiner Praxis:

Ich führe eine Bestellpraxis ohne Wartezeiten. Aus diesem Grund kann Ihnen erst zum vereinbarten Behandlungstermin Einlass gewährt werden. Vielen Dank für Ihr Verständnis!

Für Sie erstellte Audioaufnahmen aus den Hypnosebehandlungen sind urheberrechtlich geschützt. Sie sind nur für Ihren persönlichen privaten Gebrauch bestimmt und dürfen nicht vervielfältigt oder an andere Personen weitergegeben werden, denn die Hypnosebehandlung ist auf Ihre Grundsituation und individuellen Bedürfnisse abgestimmt. Hören Sie diese Aufnahmen niemals bei der Autofahrt oder Arbeit, sondern ausschließlich, wenn Sie sich in einer Ruheposition (sitzend oder liegend) befinden.

Die Behandlungen in meiner Praxis erfolgen auf eigene Verantwortung.

Datenschutz:

Gem. DSGVO (vom 25. Mai 2018) weise ich Sie darauf hin, dass personenbezogene Daten in meiner Praxis erhoben und verarbeitet werden. Dies geschieht ausschließlich zum Zweck der aktuellen Behandlung und zur Rechnungsstellung. Ich gebe Ihre Daten nicht an Dritte weiter, sie werden ausnahmslos in meiner Praxis aufgehoben. Sie können jederzeit Einblick über den Umfang der erhobenen Daten erhalten.

Hinweis bei aktueller Medikation:

Die von Ihrem Arzt verordnete aktuelle Medikation hat in der Regel seine Berechtigung. Sollten Sie beabsichtigen die aktuelle Medikation herabzusetzen oder ganz abzusetzen, geschieht dies immer in Ihrer persönlichen Verantwortung und muss mit dem behandelnden Arzt abgestimmt werden!

Hinweise zur Kostenerstattung durch Versicherungen:

Sofern Sie die Behandlungskosten bei Ihrer privaten Krankenversicherung oder Ihrer privaten Kranken-Zusatz-Versicherung zur Erstattung einreichen wollen, empfiehlt es sich, im Vorwege zu klären, ob Ihr Tarif die Leistungen der Gebührenordnung für Heilpraktiker beinhaltet. Ich rechne als Heilpraktikerin für Psychotherapie insbesondere Leistungen unter dem Gebührenpunkt 19 ff. ab.

Vereinbarung über Behandlungsdauer und Vergütung:

Ich wurde darüber aufgeklärt, dass ich für eine Behandlungsstunde, mit einer Dauer von 60 Minuten, eine Privatrechnung erhalte. Diese Behandlungskosten habe ich direkt im Anschluss an die Behandlung in bar oder mit EC-/Maestro-Karte zu begleichen.

Wenn es mir nicht möglich sein sollte, einen vereinbarten Behandlungstermin wahr zu nehmen, kann ich diesen kostenlos bis mindestens 24 Stunden vorher absagen.

Mir ist bekannt, dass ich nicht oder nicht rechtzeitig abgesagte Termine voll in Rechnung gestellt bekomme. Die mir übersandte Rechnung werde ich sofort nach Erhalt der Rechnung ohne Abzüge überweisen.

Ich bin darüber informiert worden, dass die vorgenannte Regelung zur Vergütung unabhängig von einer eventuellen Kostenerstattung meiner Krankenversicherung Gültigkeit hat.

Ich habe den Anamnese – Fragebogen nach bestem Wissen und Gewissen wahrheitsgemäß beantwortet und die Vereinbarungen und Hinweise aufmerksam gelesen.

Ort

Datum

Unterschrift