

Anamnese – Fragebogen Reiten



Diese Informationen 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.

Angaben zu meiner Reitpraxis:

Reiterfahrung seit: _____ Reitroutine pro Woche: _____

Reitalltag: _____

Nehmen Sie Reitunterricht?

- Nein
- Ja _____ x pro Woche / Monat bei: _____

Ziel des Unterrichts ist: _____

Wenden Sie Bodenarbeit bei Ihrem Pferd an?

- Ja _____ x pro Woche
- manchmal _____ x pro Monat
- Nein

Verstehen Sie die Körpersprache & Signale Ihres Pferdes und haben eine gute Kommunikation?

- Ja
- Nein
- Ich bin nicht sicher

Fühlen Sie sich unsicher und überfordert im Umgang mit Ihrem Pferd / beim Reiten?

- Ja
- Nein

Was wünschen Sie sich von Ihrem Pferd?

Angaben zu meinem Pferd:

Name des Pferdes: _____ Alter des Pferdes: _____

Geschlecht des Pferdes: Stute / Wallach / Hengst Rasse des Pferdes: _____

Eigenes Pferd seit: _____ Reitbeteiligung seit: _____

Zäumung des Pferdes: _____ Sattel des Pferdes: _____

Der Sattel wurde zuletzt überprüft am: _____ von: _____

Der Charakter meines Pferdes ist (gelassen / nervös / temperamentvoll / arbeitswillig / etc.):

Auffälligkeiten im Verhalten sind (bissig / schlägt / schreckhaft / unberechenbar / störrisch / etc.):

Krankheiten / Verletzungen meines Pferdes (auskuriert & aktuell / Therapie & Medikamente):

Die Zähne wurden zuletzt überprüft am: _____ von: _____

Der Hufschmied kommt regelmäßig?

Nein Ja, alle _____

Hufeisen: Ja Nein

Alternativer Beschlag: Ja Nein

Wurde das Pferd osteopathisch / physiotherapeutisch behandelt?

Nein Ja, am _____ von: _____

Befund & Therapie: _____

Angaben zu meinem Problem / meiner Angst:

Das Problem / Die Angst besteht seit: _____ und aufgrund von:

Mein Problem / Meine Angst wäre jetzt auf einer Skala von 0 – 10 bei:

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Ich kann entspannt reiten *Ich kann nicht reiten*

Mein Problem / Meine Angst beginnt (auf dem Weg zum Stall / beim Putzen / beim Aufsitzen / im Galopp, etc.):

Fühlen Sie sich dem Pferd ausgeliefert?

- Ja Nein

Haben Sie das Gefühl keine Kontrolle mehr zu haben, auch schon bevor etwas passiert ist?

- Ja Nein

Kommt Ihr Problem / Ihre Angst auch bei anderen Pferden auf?

- Ja, auch bei anderen / manchen Pferden Nein, ich habe nur vor meinem Pferd Angst

Gibt es ein Pferd, vor dem Sie keine / weniger Probleme / Angst haben und warum ist das so?

Würden Sie sich auf ein fremdes Pferd setzen, wenn man Ihnen sagt, dass es brav ist?

- Ja Nein

Ich habe bereits folgendes unternommen, um mein Problem / meine Angst zu besiegen:

Mein Ziel ist, in Zukunft

Sonstiges:

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