



Anamnesebogen

Name _____ Geburtstag _____

Vorname _____ Tel. privat _____

Straße _____ Tel. geschäftl. _____

PLZ/ Ort _____ Mobil _____

Mail _____ Versicherung _____

Geschwister _____

Wer hat mich empfohlen? _____

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 bessert sich, was verschlechtert sich, wann erstmalig aufgetreten usw. Auch wenn etwas für Sie noch so unwichtig erscheint, erwähnen Sie es bitte.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit und das mir entgegen gebrachte Vertrauen!

Ihre
Karen Schürmann

Bitte bringen Sie folgende Dinge mit:

- Alle ärztlichen Befunde des letzten Jahres
- Impfpass
- Diesen ausgefüllten Anamnesebogen und Behandlungsvertrag
- Beipackzettel der Medikamente, die Sie zurzeit einnehmen
- Ein Foto



Unter welchen Beschwerden leiden Sie? auch: Lokalisation der Beschwerden, seit wann bestehend, zu welchen Zeiten auftretend, wodurch besser oder schlechter usw.

Was war unmittelbar vor dem ersten Auftreten der jetzigen Beschwerden?

Z.B. eine Erkrankung, Kummer, Trauer, Schock, Ärger, Sorgen, Unfall usw.

Nehmen Sie zur Zeit Medikamente oder Nahrungsergänzungsmittel ein?

Welche? (Bitte Beipackzettel mitbringen!)

Haben Sie im letzten Jahr Antibiotika oder Cortison eingenommen?

Wenn ja, aus welchem Grund?

Welche Krankheiten sind in Ihrer Familie bekannt? z.B. Bluthochdruck, Schlaganfall, Herzinfarkt, Gefäßkrankheiten, Übergewicht, Diabetes (Zuckerkrankheit), Gicht, psychische Erkrankungen, Epilepsie, Tuberkulose, Nieren- oder Gallensteine, Krebs, Suchtkrankheiten, Geschlechtskrankheiten, Allergien, Neurodermitis, Schuppenflechte usw.

Mutter: _____

Vater: _____

Großeltern mütterlicherseits: _____

Großeltern väterlicherseits: _____

Geschwister, Onkel, Tanten: _____



Welche Impfungen haben Sie bekommen? (Bringen Sie bitte Ihren Impfpass mit)

Hat es Reaktionen auf die Impfungen gegeben? Fieber, Hautveränderungen, Magen-Darm-Beschwerden, Unruhe, Schlaflosigkeit usw.

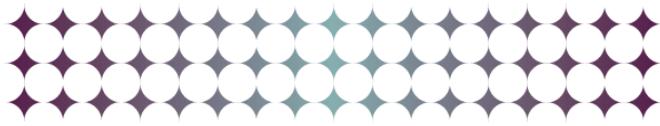
Welche Infektionskrankheiten haben Sie durchgemacht? Masern, Mumps, Röteln, Keuchhusten, Scharlach, Windpocken, Tropenkrankheiten, Tuberkulose, Geschlechtskrankheiten usw.

Regieren Sie auf Infekte mit Fieber? Wie hoch?

Gibt es Allergien oder Unverträglichkeiten? Wenn ja, wo gegen? Welche Symptome treten auf?

Kopf: Kopfschmerzen, Migräne, Schwindel, Benommenheit usw.

Augen: Rötung, Juckreiz, Brennen, Lichtempfindlichkeit, Tränenfluss, Bindegauatzündung, Gerstenkorn, Ringe unter den Augen, Fehlsichtigkeit usw.



Nase: Trockenheit, Niesreiz, Schnupfen, Heuschnupfen, Polypen, Geruchsempfindlichkeit, Nasenbluten usw.

Ohren: Mittelohrentzündung (welche Seite?), Schwerhörigkeit, Tinnitus, Geräuschempfindlichkeit usw.

Mund: Geschmack, Geruch, Trockenheit, Speichelfluss, Aphten, Herpes, Risse in den Lippen/ Mundwinkeln, Farbe/ Belag der Zunge usw.

Zähne: Zahnbewegungen, Amalgamfüllungen, tote Zähne, Kunststoffe, Gold, Keramik usw.

Hals/ Kehlkopf: Mandelentzündung, Heiserkeit, Kloßgefühl, Schilddrüsenüber- oder -unterfunktion usw.

Lunge: häufiges Husten, Bronchitis, Auswurf, Schmerzen, Asthma usw.

Herz: Druckgefühl, Stechen, Brennen, Beklemmungen, Infarkt, Angina pectoris, usw.



Bewegungsapparat: Stechen, Ziehen, Steifigkeit, Kribbeln, Taubheitsgefühl, Krämpfe, kalte Hände/Füße, Gelenkbeschwerden, Krampfadern, Venenentzündungen, Durchblutungsstörungen, Rheuma usw.

Rücken: Hexenschuss, Ischias, Verspannungen, Wirbelsäulenveränderungen usw.

Leber – Galle: Druck/Völlegefühl im rechten Oberbauch, Gallensteine, Gallenblasenentzündung, Hepatitis, Fettverträglichkeit usw.

Magen-Darm-Trakt: Aufstoßen, Sodbrennen, Übelkeit, Erbrechen, Appetitlosigkeit, Blähungen, Koliken, Verstopfung, Durchfall, Hämorrhoiden usw.

Stuhlgang: täglich, alle _____ Tage, hell, dunkel, fettig, breiig, pastenartig, blutig, übelriechend, geformt, knollig, hart, trocken, dünn, bleistiftdünn, wässrig, schmerhaft usw.

Urogenitaltrakt: Schmerzen, Juckreiz, Blasenentzündungen, Nierensteine usw.

Urin: wenig, viel, häufig, Geruch, Farbe, usw.



Gynäkologie: Ausfluss, Eierstockentzündung, Zysten, Myom, Kondylome, Geschlechtskrankheiten, Tumore, Operationen, Fehlgeburten, Ausschabungen, Wechseljahresbeschwerden, Beschwerden der Brüste usw.

Menses: stark, schwach, kurz, lang, hell, dunkel, braun, klumpig, schmerhaft vor oder während der Menstruation, Abstand der Regelblutungen usw.

Alter bei der ersten Regelblutung _____ Alter bei der letzten Regelblutung _____

Wie verhüten Sie? _____

Sexualität: vermindert, verstärkt, unbefriedigt, Beschwerden beim Verkehr usw.

Prostata: Vergrößerung, Beschwerden beim Wasserlassen, Brennen, „Nachträufeln“, Entzündungen usw.

Haut: trocken, fettig, Rötungen, Brennen, Juckreiz, Akne, Ekzeme, Herpes, Warzen, Allergien, Neurodermitis, Narben, Pilze, Geschwüre usw.

Haare: Haarwuchs schnell / langsam, Haarausfall, Schuppen, Schweiß usw.

Nägel: Flecken, Rillen, eingewachsene Nägel, Nägelkauen usw.



Schlaf: Schlaflosigkeit, häufiges Erwachen, Schwierigkeiten beim Einschlafen, Sprechen im Schlaf, Alpträume, Zähneknirschen, Nachtschweiße usw.

Schlaflage: Bauch, Rücken, links, rechts, sitzend, kniend, zusammengerollt, Hände über dem Kopf usw.

Appetit: keinen, wenig, viel, Heißhunger, Essstörungen usw.

Nahrungsmittelverlangen/ Lieblingsessen:

Nahrungsmittelabneigung:

Durst: keinen, viel, wenig, auf Kaltes, auf Heißes usw.

Trinken Sie Alkohol? Wie viel? Wie oft?

Rauchen Sie? Wenn ja, wie viel?



Schweiß: keinen, wenig, viel, wann, kalt, warm, Geruch, bestimmte Körperstellen usw.

Temperaturempfinden: frostig, kalt, warm, hitzig usw.

Stimmung: ausgeglichen, fröhlich, exaltiert, traurig, weinerlich, depressiv usw.

Temperament: mutig, zurückhaltend, lebhaft, nervös usw.

Geselligkeit: einsam, gesellig usw.

Sonstige Beschwerden des Allgemeinbefindens, oder Themen, die noch nicht beschrieben wurden:



Behandlungsvertrag

Liebe Patientin, lieber Patient, vielen Dank, dass Sie mir Ihr Vertrauen schenken.

Vorab noch ein paar organisatorische Informationen:

Terminabsagen:

Ich möchte Sie bitten, Termine bei Verhinderung spätestens 24 Stunden vorher telefonisch, per Mail oder SMS abzusagen. Im Falle einer Absage innerhalb von 24 Stunden behalte ich mir vor 50% der Behandlungskosten in Rechnung zu stellen, da kurzfristig abgesagte Termine leider nicht neu vergeben werden können.

Behandlungskosten:

Sie erhalten von mir eine Rechnung auf Grundlage der Gebührenordnung für Heilpraktiker. Ich weise darauf hin, dass die Kosten für meine Behandlung möglicherweise nicht vollständig von Ihrer privaten (Zusatz-)Versicherung übernommen werden. Mit der Unterzeichnung dieses Behandlungsvertrages, erklären Sie sich bereit, mein Honorar zu bezahlen, unabhängig von der vollständigen Erstattung durch Ihre Versicherung oder Beihilfe.

Datenschutz:

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 oder Ähnliche in Anspruch nehmen, kann ich nicht für die Sicherheit dieser Informationen garantieren und es geschieht auf Ihre eigene Verantwortung.

Supervision:

Selbstverständlich unterliege ich der Schweigepflicht. Zur Sicherstellung einer bestmöglichen Behandlung habe ich es mir zum Grundsatz gemacht, gelegentlich Patientenfälle mit erfahrenen Kollegen zu reflektieren. Diese Fallbesprechung erfolgt anonym, ohne Angaben von Namen oder sonstigen Daten, die einen Rückschluss auf die Identität des Patienten zulassen würden. Weiter unten haben Sie die Möglichkeit Ihr Einverständnis zu dieser Supervision zu geben bzw. zu verweigern.

Bitte bringen Sie diesen Behandlungsvertrag, zusammen mit dem Anamnesebogen, zum ersten Termin ausgefüllt mit.

Diese Informationen habe ich gelesen und bin damit einverstanden:

Name: _____ Vorname: _____ Geb: _____

Adresse: _____

Tel: _____ Mobil: _____ Email: _____

Bitte streichen Sie nicht zu treffendes: Ich bin damit einverstanden / Ich bin nicht damit einverstanden, dass meine Behandlung im Rahmen einer Supervision, anonymisiert, besprochen wird.

Datum und Unterschrift _____

Gerichtsstand Hamburg