

Kurzanamnese Fragebogen

Naturheilpraxis Rimma Harsch - Johann-Philipp-Palm-Straße 10 • 72458 Albstadt • 01573 9652 611

Name _____ Geburtstag _____
Vorname _____ Tel.Mobil _____
Straße _____ Tel. Festnetz. _____
PLZ-Ort _____ E-Mail _____
Beruf _____ Familienstand / Kinder _____
Wer hat mich empfohlen? _____

Ich möchte bezahlen : EC-Karte Bar Private KV: _____

Anleitung:

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen genau aus. Bei den Beispielen genügt es zu unterstreichen, sofern diese zutreffen, ansonsten mit eigenen Worten beantworten. Bitte nehmen Sie sich ausreichend Zeit.

Erläutern Sie kurz Ihr Anliegen an mich, was ist Ihr Ziel?

ALLGEMEINES

Haben Sie schon einmal eine Infusion bekommen? JA NEIN

Haben Sie eine Sorbitintoleranz? _____ JA NEIN

Wurden Sie schon einmal auf ein Glucose-6-Phosphat-Dehydrogenase Mangel getestet? JA NEIN

Nehmen Sie Aspirin oder Blutverdünner ein bzw. wurden schon einmal eingenommen? JA NEIN

Haben Sie Allergien? _____

Nehmen Sie Medikamente ein? _____

Mein aktuelle Körpergewicht _____ Körpergröße _____

Ihre Blutgruppe _____ Blutdruck _____

Trinken Sie Alkohol? _____ Rauchen Sie? _____

Leben sie nach bestimmte Ernährungsrichtlinien? _____ Treiben Sie Sport? _____

Wieviel trinken Sie täglich? _____

Wie schlafen Sie? Schlaflosigkeit, häufiges Erwachen (Uhrzeit _____), Schwierigkeiten beim Einschlafen, Unruhen in den Beinen, Nachtschweiß, Heiße Füße, Zähneknirschen

Schlafzeiten Übliches zu Bett gehen: _____ übliches Aufstehen: _____ 1 von 4

Fragen zum Allgemeinbefinden: Bitte kreisen Sie eine Zahl von 1 -10 ein.

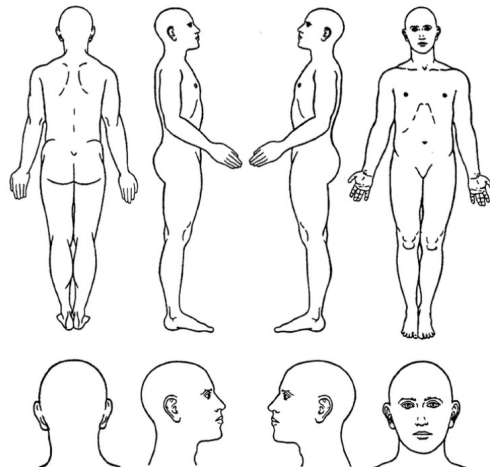
1. Wie Fit fühlen sie sich?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	NICHT FIT					SEHR FIT				
2. Wie ist Ihre aktuelle Stimmung?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	NICHT GUT					SEHR GUT				
3. Wie stark beeinträchtigt Sie ihre Symptome?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	WENIG					STRAK				
4. Wie stark leiden Sie unter den Symptomen?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	WENIG					STARK				

- Leiden Sie unter Antriebslosigkeit und Müdigkeit? JA NEIN
- Haben Sie häufig einen Punktschmerz zwischen den Schulterblättern JA NEIN
- Bekommen Sie schnelle blaue Flecken? JA NEIN
- Haben Sie eine Abneigungen gegen fettiges Essen? JA NEIN
- Leiden Sie unter Haarausfall (v.a. schubweise)? JA NEIN
- Haben Sie starke Stimmungsschwankungen? JA NEIN
- Frieren Sie häufig und haben kalte Glieder? JA NEIN
- Haben Sie häufig Gelenk- oder Muskelschmerzen? JA NEIN
- Haben Sie häufig morgens einen unangenehmen Geschmack im Mund? JA NEIN
- Leiden Sie unter chronischen Sehnenbeschwerden? JA NEIN
- Leiden Sie unter Allergien oder Nahrungsmittelunverträglichkeiten JA NEIN

SCHMERZFRAGEN

Wo treten Ihre Schmerzen auf?
Bitte kennzeichnen Sie diese

- Kreuz - Punktförmiger Schmerz
- Linie - unklare Schmerzlokalisation
- Pfeil - ausstrahlender schmerz



Schmerzskala für den Hauptschmerz

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
schwach mittel sehr stark

Seit wann habe Sie die Schmerzen? _____

Gab es einen auslösendes Ereignis? _____

Wie oft haben Sie die Schmerzen? Immer, mehrmals am Tag, alle paar Tage, wöchentlich, seltener

Welche Ereignisse verschlimmern? Körperliche Belastung, längeres Stehen, Sitzen, Gehen, Stress, Kälte, Wärme, Nahrungsmittel, Husten, Niesen, Tageszeit _____
Wetterlage, Monatsblutung, Sonstiges _____

Welche Ereignisse verbessern? Ruhe, Schlaf, Bewegung, Kälte, Wärme, Sport, Schmerzmittel

Andere Symptome zum Schmerz Ziehend, brennend, stechend, klopfend, drückend, kolikartig, krampfend, dumpf, beengend, bohrend

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient

Vor Beginn der Behandlung bitte ich Sie, diese nachfolgenden Informationen bitte sorgfältig durchzulesen und bei Unklarheiten nachzufragen.

Schweigepflicht

Alles was im Rahmen einer Sitzung besprochen wird, fällt unter die Schweigepflicht. Ich Rimma Harsch verpflichte mich, Ihre Privatsphäre zu wahren und keine Inhalte aus den Sitzungen an Dritte weiterzugeben. Wenn sie allerdings eine Rechnung für Ihre Krankenkasse benötigen, werden Ihre Daten hierfür meiner Abrechnungsstelle (PASI) zur Rechnungserstellung zur Verfügung gestellt. (Siehe Beiblatt)

Datenschutz

Ihre Daten werden soweit sie zur Durchführung der momentanen und zukünftigen gemeinsamen Arbeit und zur Rechnungsstellung benötigt werden elektronisch gespeichert.

Verantwortung / Aufklärung über Komplikationen

Durch den Gesetzgeber bin ich angewiesen, Sie über zwar seltene, aber eventuell mögliche Komplikationen für folgende Therapiemethoden, die zur Therapie Ihrer Beschwerden evtl. sinnvoll sind, aufzuklären:

1. Injektion / Infusionstherapie

Die Indikation, Kontraindikationen und ihre Fragen zur Behandlungsmethode und der Einwilligung werden in der Therapiesitzung besprochen

Aufklärung Injektionen / Infusionstherapie

Infusionsarten:

- i.v. (Injektion in die Vene) wirkt innerhalb weniger Sekunden
- i.m. (Injektion in den Muskel) Wirkung innerhalb von 10-15 Minuten
- I.c. oder s.c. (Injektion in die Oberhaut oder Unterhaut) Wirkt innerhalb 20-30 Minuten

Vorteile einer Injektion

- bessere lokale Wirkung
- kein Wirkstoffverlust (vgl. Oral) oder Veränderung (Magensäure)
- gute Dosierbarkeit & Steuerung von Wirkungseintritt und Dauer

Welche Komplikationen können auftreten bei Injektion / Infusion?

- Hämatome (Bluterguss) oder Entzündung bis Abzessbildung an der Einstichstelle
- Gefäß oder Nervenschäden
- allergische Reaktion mit Juckreiz und Hautausschlag bis zum allergischen Schock. Bitte teilen Sie Ihrem Behandelt unbedingt mit, wenn Allergien vorliegen oder bereits früher allergische Reaktionen nach der Injektion oder Infusion auftraten.

Honorar bei Infusionen

1.) Anamnese beim ersten Termin von max. 15 min pauschal 20 Euro

2.) Infusionspreise je nach Therapie & Infusionsart.

3.) Preise für eventuell zusätzlich anfallende Beratungen (Stundensatz 80€) oder Blutbilder.

Kosten für weitere Behandlungen werden im Erstgespräch immer ausführlich mit Ihnen besprochen.

Die Höhe des Honorars resultiert gemäß aus der freien Vereinbarung zwischen Patient und Therapeut.

Honorar Allgemein

Der Stunden Honorarsatz beläuft sich bei sonstiger Beratung auf 80,00€ je Stunde. Therapiekosten, Blutanalysen je nach Aufwand und Behandlungsart. Kosten für Ihre weitere Behandlung werden im Erstgespräch ausführlich mit Ihnen besprochen.

Die Höhe des Honorars resultiert gemäß aus der freien Vereinbarung zwischen Patient und Therapeut.

Rechnungsstellung für Privat- oder Zusatzkrankenkassen

Im Regelfall wird dafür die Gebührenordnung für Heilpraktiker zugrunde gelegt, unabhängig davon welcher Kostensatz von Ihrer Krankenkasse getragen wird. Das Honorar ist aber in jedem Fall in voller Höhe zu entrichten, auch wenn Ihre Versicherung nur einen Teil des Honorars oder gar nichts übernimmt.

Bei Rechnungslegung für Private Krankenkassen erfolgt diese wie von den privaten Krankenkassen gefordert mit Angabe der einzelnen Gebührenordnungsziffern der Gebührenordnung für Heilpraktiker oder nach der Gebührenordnung für Ärzte über eine externe Rechnungsstellung mit einer Rechnungsstellungsgebühr von 8% des Rechnungsbetrages. Die Gewährung der Vergütung ist nicht von einem Behandlungserfolg abhängig.

Es besteht jedoch für den Therapeut/in die Verpflichtung zu einer gewissenhaften Behandlung unter Beachtung der Aufklärungs- und Sorgfaltspflicht.

Ausfallgebühr

Ein vereinbarter Termin wird Ihnen, sofern nicht spätestens 24 Stunden vorher abgesagt, in Höhe von 80€ in Rechnung gestellt, da dieser Termin so kurzfristig nicht neu belegt werden kann.

Die Datenschutzerklärung habe ich zur Kenntnis genommen.
Einzusehen unter www.primma-fit.de/datenschutzerklaerung

JA NEIN

Jede Punktion, Injektion oder Infusion stellt einen Eingriff dar, der einer Beeinträchtigung der körperlichen Unversehrtheit gleichkommt. Ich wurde über die Risiken der Infusions bzw. Injektionsbehandlung informiert. Ich habe das Aufklärungsgespräch verstanden und habe keine weiteren Fragen.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich in der Lage bin, uneingeschränkt selbst die Verantwortung für mein Handeln zu übernehmen und haben die vorstehenden Informationen zur Kenntnis genommen und Verstanden.

Mit meiner Unterschrift bestätige die Richtigkeit meiner Angaben im Anamnesebogen auf Seite 1 & 2.

.....den.....
Ort Datum

.....
Name / Vorname in Druckbuchstaben Unterschrift Patient | Gesetzlicher Vertreter