

Anamnese Fragebogen

Naturheilpraxis Rimma Harsch – Buchenweg 14 • 72458 Albstadt • 01573 9652 611

Name _____ Geburtstag _____
Vorname _____ Telefon _____
PLZ – Ort _____ E-Mail _____
Straße _____
Beruf _____
Wer hat uns empfohlen? _____ Familienstand/Kinder _____

Versicherung: Selbstzahler (Bar) Privat-Versicherung bei: _____

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.

Was ist Ihr Wunsch an uns, was ist Ihr Ziel?

Was war unmittelbar vor dem ersten Auftreten Ihrer jetzigen Beschwerden?

z.B. eine Erkrankung, Kummer, Trauer, Schreck, Operation, Hautausschläge, Medikamente usw.

Welche Krankheiten sind Ihnen in Ihrer Familie bekannt? Eltern, Großeltern, Geschwister.

z.B. Allergien, Krebs, Tuberkulose, Geisteskrankheiten, Geschlechtskrankheiten, Herzkrankheiten, Gefäßkrankheiten, Schlaganfall, Asthma, Zuckerkrankheit, Rheuma, Nierensteine, Gallensteine, Multiple Sklerose, Gicht, Schuppenflechte, Neurodermitis, Migräne.

Impfungen – Allergien

Welche Auffrisch-Impfungen haben Sie bekommen? Bitte Impfausweis mitbringen.
COVID-19, Grippe, Tuberkulose, Polio, Diphtherie, Tetanus, Hepatitis, Pocken, Zecken usw.

Gab es Reaktionen auf Impfungen?
Z.B. Fieber, Krämpfe, Unruhe, Schlaflosigkeit, Verhaltensveränderungen usw.

Welche Infektionskrankheiten haben Sie durchgemacht?
COVID-19, Masern, Mumps, Röteln, Keuchhusten, Windpocken, Scharlach, Tetanus, Kinderlähmung (Polio), Tuberkulose, Malaria, Salmonellose, Ruhr, Pfeiffersches Drüsenfieber, Gonorrhoe, Syphilis, Tropenkrankheiten usw.

Gibt es Allergien?
Pollen / wann _____

Nahrungsmittel _____

Kopf

Leiden Sie unter Kopfschmerzen? Falls ja, häufig, selten, Stirn-Augen-Schläfen-Hinterhauptregion, morgens, abends halbseitig – links – rechts – doppelseitig

Haare Haarausfall, kreisrunder, vereinzelter, seit wann? _____

Augen Bindehautentzündung, kurzsichtig, weitsichtig, Grauer Star, Makula-Degeneration usw.

Ohren links / rechts _____ Tinnitus seit _____ Schwerhörigkeit seit _____ andere _____

Zähne / Kiefer Wurden bei Ihnen Amalgamfüllungen entfernt? Ja Nein
Wurde eine Amalgamausleitung durchgeführt? Ja Nein

Zahnfüllmaterialien Amalgam Kunststoff Gold Keramik

Nase Operationen, Nasennebenhöhlenentzündungen, behinderte Nasenatmung, Nase verstopft

Mandeln Operation, häufig Mandelentzündungen als Kind / heute

Schilddrüse Überfunktion, Unterfunktion, Vergrößerung, Operation

Brust und Bauch

Herz Beschwerden, Stechen, Druckgefühl, Infarkt, Beklemmung, Rhythmusstörungen

Lunge Bronchitis, häufig Husten, Auswurf

Leber Entzündung – Hepatitis

Galle Steine, Koliken, Operation, Druck im Oberbauch, Fettunverträglichkeit

Magen Völlegefühl, Gastritis, Appetitlosigkeit, Nahrungsmittelallergien _____

Darm Infektionen, Hämorrhoiden, Blinddarmoperation, Blähungen – Geruch _____

Stuhlgang täglich, jeden 2.3.4. Tag, unregelmäßig, riecht nach: _____
Neigung zur Verstopfung, Neigung zum Durchfall, Konsistenz: schnittfest
Stuhl hell, dunkel, übel riechend, hart, knollig, weich, schmierig, pastenartig,
kann Stuhl nicht halten, Gefühl, nicht fertig zu werden, Stuhlgang wechselhaft usw.

Rücken – Arme – Beine – Haut

Arme	Verletzungen, Schmerzen, Tennisellenbogen, Kribbeln, kalte Hände usw.
Beine	Verletzungen, Schmerzen, Krampfadern, Operationen, Verletzungen, kalte Füße, Kribbeln, Taubheitsgefühl
Rücken	Beweglichkeit, Verspannungen, Belastungen, Rheuma
Haut / Nägel	Verbrennungen, Geschwüre, Hautjucken, Warzen, Pilze, eingewachsene Nägel, Nagelbettentzündungen
Narben	Haben Sie durch Operationen oder Verletzungen Narben? <input type="radio"/> Ja – bitte unbedingt beim Besuch zeigen – auch kleine <input type="radio"/> Nein

Unterleib – Gynäkologie

Gynäkologie	Ausfluss – Eierstockentzündungen, Ausschabungen, Fehlgeburten, Tumoren, Zysten, Myome, Geschlechtskrankheiten usw.
Menses	Wann war die erste Menses? _____ Wann die letzte? _____ Beschwerden – vor – nach – während der Regel, welche? _____ Klimakterische Beschwerden: _____
Nehmen Sie Verhütungsmittel?	Welche? _____
Prostata	vergrößert, Entzündungen gehabt, aktuell, Beschwerden beim Wasserlassen
Niere / Blase	Nierensteine, Entzündungen - häufig
Harn	viel, wenig, häufig, kann nicht halten, Geruch nach: _____
Sexualität	vermindert, verstärkt, unbefriedigt, Beschwerden beim Geschlechtsverkehr

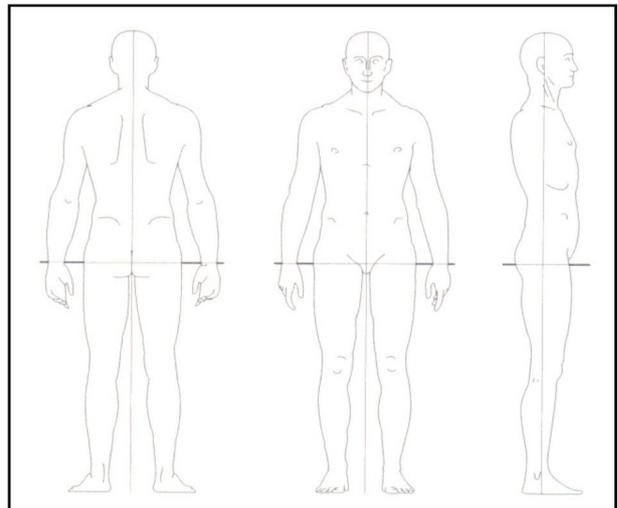
Allgemeines

Mein aktuelles Körpergewicht	_____	Meine Körpergröße	_____
Meine Blutgruppe	_____	Mein Blutdruck	_____
Trinken Sie Alkohol?	_____	Rauchen Sie?	_____
Leben Sie nach bestimmten Ernährungsrichtlinien?	_____		
Wie viel Liter und was trinken Sie pro Tag?	_____		
Nehmen Sie Zuckerersatzstoffe zu sich?	_____		
Treiben Sie Sport? Welchen, seit wann?	_____		
Schlaf	Schlaflosigkeit, häufiges Erwachen (Uhrzeit _____), Schwierigkeiten beim Einschlafen, Sprechen im Schlaf, Unruhe in den Beinen, Nachtschweiß, heiße Füße, Zähneknirschen		
Schlafzeit	übliches zu Bett gehen: _____ übliches Aufstehen: _____		

Schmerzfragen

Wo treten Schmerzen auf?
Bitte kennzeichnen.

- Kreuz - punktförmiger Schmerz
- Linie - unklare Schmerzlokalisierung
- Pfeil - ausstrahlender Schmerz



Schmerzskala für den Hauptschmerz



Seit wann haben Sie die Schmerzen? _____

Gab es ein auslösendes Ereignis? _____

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

Ziehend, brennend, stechend, klopfend, drückend, kolikartig, krampfend, dumpf, beengend, bohrend

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 Hautrötung, Blässe, Schwellung, Berührungsempfindlichkeit, Schweißbildung, Seh- oder Hörstörungen, Gangunsicherheit, Muskelschwäche, Müdigkeit, Schwindel, Bewegungseinschränkung

Sonstiges _____

Schmerzbehandlung bisher, wie? _____

Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit ein?

Bitte Beipackzettel oder Medikament mitbringen. Auch Nahrungsergänzungsmittel angeben.

Chronologie der Krankengeschichte

Bitte erfassen Sie alle bisherigen Erkrankungen und Operationen, die Sie durchgemacht haben.

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 Abszessbildung 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