

# Anamnese-Fragebogen und Behandlungsvertrag



Heilpraktikerpraxis Sandy Immer  
Institut holistische Gesundheit  
Am Pinsenberg 3, 07381 Krölpa  
Telefon: 0176 32208029  
Web: heilpraktiker-immer.de  
E-Mail: info@heilpraktiker-immer.de

Datum:

Vorname: <input type="text"/>		Nachname: <input type="text"/>	
Straße, Nr: <input type="text"/>		PLZ: <input type="text"/>	Wohnort: <input type="text"/>
Telefon: <input type="text"/>		E-Mail: <input type="text"/>	
Krankenversicherung: <input type="text"/>		Beruf/ Tätigkeiten: <input type="text"/>	
Geburtstag: <input type="text"/>	Alter: <input type="text"/>	Familienstand: <input type="text"/>	

## Akute Beschwerden

**Unter welchen akuten Beschwerden leiden Sie und seit wann? Ordnen Sie die Beschwerden nach Ihrer Wichtigkeit.**

1	<input type="text"/>	Seit: <input type="text"/>
2	<input type="text"/>	Seit: <input type="text"/>
3	<input type="text"/>	Seit: <input type="text"/>
4	<input type="text"/>	Seit: <input type="text"/>

**Was verbessert die Beschwerden?**

**Was verschlechtert die Beschwerden?**

**Welchen Auslöser gibt es?**

**Was war unmittelbar vor dem ersten Auftreten Ihrer jetzigen Beschwerden?**

- Kummer   
  Trauer   
  Schreck   
  Reise   
  Operationen   
  Hautausschläge  
 Impfung   
  Andere Erkrankungen   
  Sonstiges

**Welche Behandlungen haben Sie, von wem, bereits gegen die Beschwerden bekommen? Welche Erfolge wurden erzielt?**

**Listen Sie bitte alle Medikamente/Nahrungsergänzungsmittel auf, die Sie einnehmen.**

Name	Seit	Warum	Dosierung
<div style="border: 1px solid black; height: 25px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; height: 25px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; height: 25px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; height: 25px;"></div>
<div style="border: 1px solid black; height: 25px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; height: 25px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; height: 25px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; height: 25px;"></div>
<div style="border: 1px solid black; height: 25px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; height: 25px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; height: 25px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; height: 25px;"></div>
<div style="border: 1px solid black; height: 25px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; height: 25px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; height: 25px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; height: 25px;"></div>

**Wie belastbar und leistungsfähig fühlen Sie sich momentan auf einer Skala von 0 bis 10?**

Gar nicht Belastbar    0 ----- 1 ----- 2 ----- 3 ----- 4 ----- 5 ----- 6 ----- 7 ----- 8 ----- 9 ----- 10    Sehr Belastbar

**Was erwarten Sie von unserer Behandlung?**

## Zähne und Kiefer

**Tragen Sie bitte die Zahlen der betroffenen Zähne ein.**

<p>Wurzelbehandelte Zähne:</p> <div style="border: 1px solid black; height: 30px; margin-bottom: 10px;"></div> <p>Tote Zähne:</p> <div style="border: 1px solid black; height: 30px; margin-bottom: 10px;"></div> <p>Chirurgisch entfernte Zähne:</p> <div style="border: 1px solid black; height: 30px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 10px;"> <p style="text-align: center;"><b>ERWACHSENENGEBISS</b></p> <p style="font-size: small;">                 Schneidezähne                  Eckzahn                  Kleine Backenzähne                  Große Backenzähne                  Weisheitszahn             </p> <p style="font-size: small;">                 Oberkiefer rechts (Quadrant 1)                  Oberkiefer links (Quadrant 2)                  Unterkiefer rechts (Quadrant 4)                  Unterkiefer links (Quadrant 3)             </p> </div>
--	--

**Welche Zahn-Füll-Ersatzmaterialien haben Sie?**

Amalgam   
  Gold   
  Kunststoff   
  Titan   
  Keramik   
  Paladium   
  Implantate  
 Andere

**Wurden bei Ihnen Amalganfüllungen entnommen?**

Ja  Nein

**Wurde danach eine Quecksilberausführung vorgenommen?**

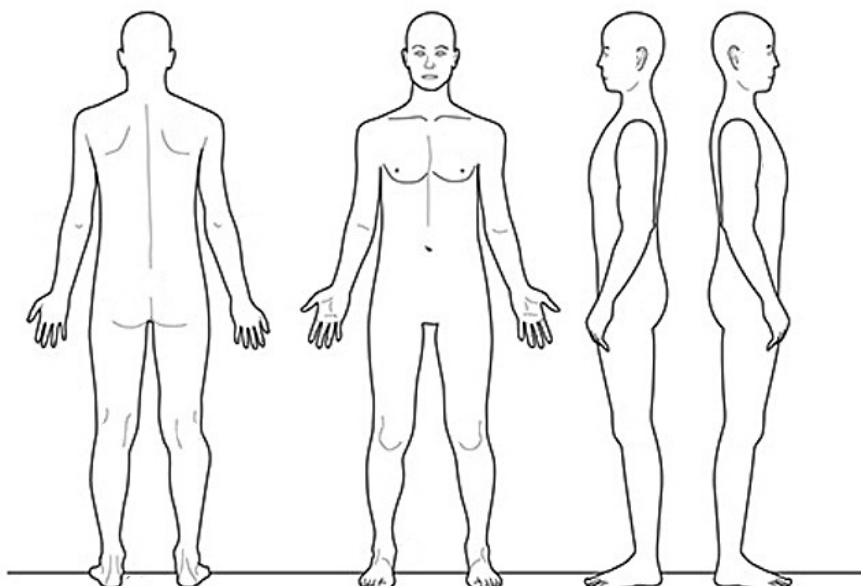
Ja  Nein

## Körper und Organfunktionen

**Wo haben Sie Beschwerden?**

- |  |                                    |   |                                   |                                       |
|--|------------------------------------|---|-----------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Kopf                | <input type="checkbox"/> Augen     | <input type="checkbox"/> Ohren                    | <input type="checkbox"/> Nase     | <input type="checkbox"/> Mandeln      |
| <input type="checkbox"/> Schilddrüse         | <input type="checkbox"/> Arme      | <input type="checkbox"/> Beine                    | <input type="checkbox"/> Rücken   | <input type="checkbox"/> Herz         |
| <input type="checkbox"/> Lunge               | <input type="checkbox"/> Magen     | <input type="checkbox"/> Dickdarm                 | <input type="checkbox"/> Dünndarm | <input type="checkbox"/> Blinddarm    |
| <input type="checkbox"/> Leber               | <input type="checkbox"/> Galle     | <input type="checkbox"/> Bauchspeicheldrüse       |                                   | <input type="checkbox"/> Nieren       |
| <input type="checkbox"/> Blase               | <input type="checkbox"/> Prostata  | <input type="checkbox"/> Gebärmutter / Eierstöcke |                                   | <input type="checkbox"/> Nägel        |
| <input type="checkbox"/> Haare               | <input type="checkbox"/> Stuhlgang | <input type="checkbox"/> Blutgerinnungsstörung    |                                   | <input type="checkbox"/> Menstruation |
| <input type="checkbox"/> Anz. Geburten:      | <input type="text"/>               | <input type="checkbox"/> Anz. Fehlgeburten:       | <input type="text"/>              |                                       |
| <input type="checkbox"/> Anz. Ausschabungen: | <input type="text"/>               | <input type="checkbox"/> Anz. Abtreibungen:       | <input type="text"/>              |                                       |

**Markieren Sie mit einem Kreuz (X) Narben von Verletzungen und Operationsnarben auf der Abbildung.**



**Welche Auffälligkeiten gibt es in Ihrem Schlafverhalten?**

**Schwitzen Sie in der Nacht?**

Ja  Nein

**Haben Sie Nahrungsmittelallergien?**

Ja  Nein

Wenn ja, welche?

**Haben sie Nahrungsmittelunverträglichkeiten?**

- Gluten  Fructose  Lactose  keine

**Haben Sie andere Allergien?**

Ja  Nein

Wenn ja, welche?



**Ihre Geburt war:**

Natürlich  Verfrüht  Kompliziert  Kaiserschnitt

**Wurden sie gestillt?**

Ja  Nein

**Welche Infektionskrankheiten haben Sie durchgemacht?**

- Tuberkolose  Scharlach  Windpocken  Röteln  Mumps  Masern  
 Keuchhusten  Polio  EBV Infektion  Tetanus  Borreliose  Malaria  
 Syphilis  Covid-19  Salmonellose  Ruhr  Gonorrhoe  
 Tropenkrankheiten

**Welche Impfungen haben Sie bekommen?**

- Tuberkolose (BCG)  Cholera  Pocken  Röteln  Mumps  Masern  
 Keuchhusten  Polio  Hepatitis  Tetanus  HIB  Gelbfieber  
 Grippe  Diphtherie  Covid-19  Andere

**Gab es Reaktionen auf Impfungen?**

- Nein  Fieber  Unruhe  Krämpfe  Schlaflosigkeit

Verhaltensveränderungen

**Wurden Erkrankungen schon einmal mit Antibiotika behandelt?**

Ja  Nein

Wenn ja, wann war die letzte Behandlung?

**Haben Sie währenddessen oder danach Darmaufbaupräparate genommen?**

Ja  Nein

**Welche Krankheiten sind in Ihrer Familie bekannt? (M = väterlicherseits/ W = mütterlicherseits)**

Erkrankung	Wer	Erkrankung	Wer	Erkrankung	Wer
Allergien	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W	Asthma	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W	Demenz	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W
Epilepsie	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W	Geschlechtskrankheiten	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W	Gefäßerkrankungen	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W
Geisteskrankheiten	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W	Gicht	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W	Herzkrankheiten	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W
Krebs	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W	Multiple Sklerose	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W	Neurodermitis	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W
Rheuma	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W	Nieren/Gallenstein	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W	Schlaganfall	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W
Schuppenflechte	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W	Tuberkolose	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W	Zuckerkrankheit	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W
Andere:	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W

**Insektenbisse?**

Spinnen  Ja  Nein

Zecken  Ja  Nein

Falls Ja, wann?

**Wurden Untersuchungen unter Verwendung von Kontrastmitteln durchgeführt?**

Ja  Nein

## Behandlungskosten

---

Die Kosten für eine Behandlung beim Heilpraktiker werden von den meisten gesetzlichen Krankenkassen nicht getragen und müssen daher von Ihnen selbst übernommen werden. Allerdings besteht auch die Möglichkeit, eines entsprechenden Zusatztarifs, der in diesen Fällen einspringt. Private Krankenkassen übernehmen heilpraktische Leistungen ganz oder teilweise entsprechend den von Ihnen abgeschlossenen Tarifoptionen, in der Regel jedoch nur gemäß der Gebührenordnung für Heilpraktiker (GebüH). Heilpraktiker sind nicht an die GebüH gebunden.

Über die Höhe der für Sie zu erwartenden Behandlungskosten und den konkreten Abrechnungsmodus kläre ich Sie vor Beginn der Behandlung auf. Es ist empfehlenswert, dass Sie sich gegebenenfalls bereits im Vorfeld bei Ihrer Krankenkasse über die Höhe der für Sie zutreffenden Erstattungssätze informieren. Von der Krankenkasse nicht übernommene Kosten sind von Ihnen selbst zu tragen.

Die Behandlungskosten sind direkt im Anschluss an die Behandlung in bar zu begleichen. Jedes Krankheitsbild und jeder Mensch braucht, je nach entsprechender Situation, eine individuelle Behandlung. Das Erstgespräch hat einen Festpreis von 105€. Bei Folgeterminen werden, je nach Therapiemethode, entsprechende Kosten berechnet, über die Sie im Vorfeld aufgeklärt werden.

Meine Praxis ist eine Bestellpraxis. Hiermit verpflichten Sie sich, bei Verhinderung einen vereinbarten Behandlungstermin spätestens 48 Stunden vorher abzusagen. Erfolgt die Terminabsage nicht rechtzeitig innerhalb der genannten Frist wird Ihnen die nicht stattgefundene Behandlung in Rechnung gestellt. Dieser Betrag ist unabhängig von der Art der Versicherung selbst zu zahlen. Eine Kostenerstattung durch die Krankenkasse oder Beihilfe findet in diesem Fall nicht statt.

## Datenschutzrechtliche Einwilligung in die Verarbeitung personenbezogener Daten

---

Hiermit bestätige ich folgendes:

- > Ich bin darauf hingewiesen worden, dass die Verarbeitung und Speicherung meiner Daten zum Zweck der medizinischen Behandlung (Anamnese, Befunderhebung, Diagnose, Therapie, Nachsorge etc.) sowie zur Kontaktaufnahme erforderlich ist.
- > Ich bin darauf hingewiesen worden, dass die Einwilligung die Verarbeitung sensibler Daten (Gesundheitsdaten) umfasst.
- > Ich wurde darauf hingewiesen, dass meine Daten laut gesetzlichen Vorgaben 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufbewahrt werden müssen.
- > Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich ausdrücklich mit der für meine Behandlung notwendigen Erhebungen, Speicherung und Kontaktaufnahme meiner persönlichen Daten einverstanden.
- > Meine Einwilligung erfolgt freiwillig. Mir ist bekannt, dass ich nicht verpflichtet bin, diese Einwilligung zu erteilen. Erteile ich diese Einwilligung nicht, entstehen mir hierdurch keine Nachteile. Ohne Einwilligung kann jedoch grundsätzlich keine Behandlung durch den Verantwortlichen erfolgen.

Den Inhalt der abgedruckten Widerrufsbelehrung habe ich vor Erteilung der Einwilligung zur Kenntnis genommen.

## Widerrufsbelehrung

---

Diese Einwilligung kann jederzeit und ohne Angabe von Gründen schriftlich widerrufen werden. Die Rechtmäßigkeit, der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung wird, dadurch nicht berührt. Gesetzliche Erlaubnistatbestände bleiben von einem Widerruf der Einwilligung unberührt. Im Falle des Widerrufs ist eine Fortsetzung der Behandlung durch den Verantwortlichen grundsätzlich nicht mehr möglich. Die Einwilligung muss schriftlich widerrufen werden.

Die Hinweise zu den Behandlungskosten und zum Datenschutz habe Ich gelesen und akzeptiere diese und willige der Behandlung durch das Institut holistische Gesundheit – Heilpraktikerpraxis Sandy Immer hiermit zu.

---

Datum, Unterschrift

## Service Plus - die Umwelt schonen und sich willkommen fühlen!

---

Die Heilpraktikerpraxis Sandy Immer - Institut holistische Gesundheit möchte ihren Beitrag am schonenden Umgang der Umwelt leisten, in dem sie eine papierarme Praxis führt. Dabei können Sie profitieren, in dem bei Bedarf Ihre Dokumente z.B. Bioresonanzanalyse, Rechnungen, Urlaubsmeldungen, Aktualisierungen, Workshops, Terminerinnerungen online gebuchter Termine und ähnliches Ihnen digital zugesendet werden.

Der Service geht noch weiter. Gern begrüßen wir Sie beim Namen, wenn Sie in der Praxis anrufen. Oder wir sehen direkt an Ihren Namen, wenn Sie angerufen haben, doch das Telefon besetzt war. So können wir uns auf Ihr Anliegen vorbereiten.

Um diesen Service zu leisten, bedarf es der Speicherung Ihres Namens, Telefonnummer und E-Mail-Adresse auf mobilen Endgeräten.

Um Service Plus zu bekommen, braucht es Ihre freiwillige Zustimmung. Erteilen Sie die Zustimmung nicht, entstehen Ihnen hierdurch keine Nachteile, da es sich hier um eine reine Serviceleistung handelt und nicht mit dem medizinisch relevanten Ablauf der Praxis in Zusammenhang steht.

- Ich stimme zu, dass mein Name und meine Telefonnummer auf digitalen Endgeräten zum Zweck der Service Plus - Kommunikation abgespeichert werden darf.
- Ich stimme zu, dass zusätzlich zu meinem Namen und meiner Telefonnummer auch meine E-Mail-Adresse auf digitalen Endgeräten zum Zweck der Service Plus - Kommunikation abgespeichert werden darf.

Diese Einwilligung kann jederzeit und ohne Angabe von Gründen schriftlich widerrufen werden.

---

Datum, Unterschrift

**Bitte senden Sie dieses Dokument ausgefüllt und unterschrieben zurück oder bringen Sie es zum Erstgespräch mit.**