

Anamnesebogen

Allgemeine gesundheitliche Diagnose, Beratung und Therapie

Naturheilzentrum München West Heilpraktikerin Svitlana Seidel

Ihre Angaben fallen unter die Schweigepflicht, werden streng vertraulich behandelt. Ihre Angaben werden von uns elektronisch gespeichert und unterliegen den strengen gesetzlichen Bestimmungen des Datenschutzes.

Bitte bemühen Sie sich, den Fragebogen präzise und ehrlich auszufüllen. Da ich in meiner ganzheitlichen Arbeit auch die Psyche und die Seele miteinbeziehe, befinden sich hier auch diesbezüglich einige Fragen. Sollten Sie sie nicht beantworten wollen, so lassen Sie die Fragen einfach aus. Der Fragebogen dient zur Vervollständigung des therapeutischen und beraterischen Gesamtbildes. Ich bitte um Rücksendung über das Kontaktformular unserer Homepage oder direkt per Email. Vielen Dank!

1 – ZUR PERSON

Name:

Adresse:

Telefon:

Email:

Sind Sie einverstanden, wenn Sie von mir kontaktiert werden?

Geschlecht:

Geburtsdatum:

Derzeitiger Beruf:

Erlerner Beruf:

Schulbildung/Studium/Ausbildungen:

2 – AKTUELLE LEBENSSITUATION

Leben Sie mit jemandem zusammen, wenn ja, mit wem, und wie bewerten Sie den derzeitigen Zustand dieser Beziehung?

Wie bewerten Sie den bisherigen Verlauf dieser Beziehung?

Haben Sie Kinder, wie alt sind sie, gibt es hier Probleme oder hatten Sie welche?

Freundschaften / Bekannte, wie schätzen Sie hier Ihre Beziehungen ein?

Arbeiten sie zurzeit, wie lange, wo?

Erleben Sie Ihre Arbeit als befriedigend?

Finanzielle Situation:

Versichert bei:

3 – AKTUELLE BESCHWERDEN (SYMPTOME)

Weshalb suchen Sie gerade jetzt Beratung?

Bisherige Beratungen:

Wie wurden Sie auf mich aufmerksam?

Ihre momentanen Beschwerden, weswegen kommen Sie zu uns?

Leiden Sie derzeit unter Erkrankungen/Symptomen oder kürzlich?

Wie würden Sie mit wenigen Worten Ihre derzeitige Lebensqualität bewerten?

Welche sind Ihrer Meinung nach die Gründe für den Zustand Ihrer Lebensqualität, gegliedert in:

a) Gesundheitliche Gründe:

b) Nichtgesundheitliche Gründe:

Haben Sie selbst eine Einschätzung, was die Ursachen für die Erkrankung/Symptome sind, wegen derer Sie zu uns kommen?

Hatten Sie aus dem gleichen Grund bereits Beratungen bei anderen Therapeuten oder Ärzten gesucht? Wenn ja, bei wem und mit welchem Ergebnis, welche Untersuchungen bzw. Therapien sind bisher durchgeführt worden?

Gibt es Ihrer Meinung nach bestimmte Auslöser für Ihre Beschwerden (Erkrankungen, Unfälle, Beziehungsprobleme, Job, Todesfälle, Medikamente, Impfungen, andere Vorfälle)?

4 – GESUNDHEITLICHE VORGESCHICHTE

Hatten Sie Kinderkrankheiten (bitte ankreuzen):

- Masern
- Scharlach
- Windpocken
- Mumps
- Röteln

Wurden Sie in Ihrem Leben operiert bzw. gab es Krankenhausaufenthalte, wenn ja, warum?

Vorerkrankungen/Verletzungen/bisheriger gesundheitlicher Status (bitte ankreuzen bzw. kommentieren)?

- Bluthochdruck
- Diabetes
- Nierenerkrankung
- Magenerkrankung
- Lebererkrankung
- Herzerkrankungen
- Hautkrankheiten
- Fettstoffwechselstörung
- Nahrungsmittelunverträglichkeiten
- Allergien
- Zustand der Zähne
- Tumorerkrankung
- Rheuma
- Depression
- Psychische Auffälligkeiten
- Seelischer Status (bewerten von 1=sehr gut -10=negativ)
- Asthma
- Gicht
- Gallensteine
- Nierensteine
- Schilddrüsenerkrankung
- Erfahrene Verletzungen körperlich
- Erfahrene Verletzungen seelisch
- Sonstiges

Wie häufig sind Sie erkältet, und wie äußert sich das meistens?

Hatten Sie Infektionskrankheiten?

5 – AKTUELLE ERNÄHRUNG & LIFESTYLE

Wie ernähren Sie sich?

Was sind Ihre Lieblings Speisen?

Was essen Sie am wenigsten gerne?

Wie sieht Ihr Ernährungs-Rhythmus untertags aus?

Welches Füllmaterial hat / hatten Ihre Zähne (z.B. Amalgam, Gold, Keramik):

Schlafen Sie (bitte ankreuzen:) gut / mittel / schlecht

Atmen Sie gut beim Schlafen?

Betreiben Sie Sport/Fitness, was genau, wenn ja wie häufig:

Reisen Sie gerne, wenn ja wohin, wo waren Sie häufig (auch kleinere oder kürzerer Ausflüge):

Wie ist Ihre Verdauung (bitte ankreuzen und kommentieren):

- Völlegefühl n.d. Essen
- Blähungen
- Verstopfung
- häufiges Sodbrennen
- manchmal Sodbrennen
- Gastritis
- Vermehrt Aufstossen
- Hämorrhoiden
- Magengeschwür
- Helikobakter Pylori
- Durchfall
- Appetitlosigkeit
- Stuhlgang täglich

Welche Nahrungsmittel vertragen Sie schlecht?

Welche Werte waren in Ihrem letzten Blutbild verändert? (ggf. mitbringen)

Haben Sie Allergien (bitte ankreuzen):

- Heuschnupfen
- Tierhaare
- Hausstaub
- Penicillin
- Lidocain
- Acetylsalicylsäure (u.a. Aspirin)
- Pollen
- Milben
- Metalle
- Lebensmittel (aufführen)
- Sonstige:

Welche Krankheiten gibt es in Ihrer Familie?

Welche Medikamente nehmen Sie derzeit ein?

Für Frauen:

Schwangerschaften

Nehmen Sie die Pille?

Monatsblutungen (ankreuzen): regelmäßig / unregelmäßig / schmerzhaft

6 – WEITERE ANGABEN ZU IHRER PERSON

Größe

Körpergewicht

Trinken Sie Alkohol? Wenn ja, wie oft?

Rauchen Sie? Wenn ja, wie viel?

Treiben Sie regelmäßig Sport? Wenn ja, wie oft?

Welche Impfungen haben Sie?

Wie viel trinken Sie pro Tag?

Wie viel Kaffee / Tee trinken Sie pro Tag?

Gibt es sonst etwas, das Sie uns mitteilen möchten?

Bitte setzen Sie nochmals als Bestätigung und Einverständnis zu dem in diesem Formular gemachten Äußerungen Ihren Namen ein:

.....

Ich bedanke mich für Ihr Vertrauen. Bitte schicken Sie mir den ausgefüllten Bogen nun per Email oder über das Kontaktformular meiner Seite an mich.

Ihre Angaben fallen unter die Schweigepflicht, werden streng vertraulich behandelt. Ihre Angaben werden von uns elektronisch gespeichert und unterliegen den strengen gesetzlichen Bestimmungen des Datenschutzes.

Patienteninformation zum Datenschutz

Naturheilzentrum München West Heilpraktikerin Svitlana Seidel

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten ist uns wichtig. Nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) sind wir verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck unsere Praxis Daten erhebt, speichert oder weiterleitet. Der Information können Sie auch entnehmen, welche Rechte Sie in puncto Datenschutz haben.

1. VERANTWORTLICHKEIT FÜR DIE DATENVERARBEITUNG

Verantwortlich für die Datenverarbeitung ist:

Svitlana Seidel

Naturheilzentrum München West

Bahnhofstr. 21

82152 München/Planegg

Tel: +49 (0)89/20 03 43 11

E-Mail: info@hpmw.de

2. ZWECK DER DATENVERARBEITUNG

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und Ihrem Therapeuten und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen.

Hierzu verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Ihre Gesundheitsdaten. Dazu zählen Anamnesen, Diagnosen, Therapievorschläge und Befunde, die wir oder andere Therapeuten und Ärzte erheben. Zu diesen Zwecken können uns auch andere Therapeuten, Ärzte oder Psychotherapeuten, bei denen Sie in Behandlung sind, Daten zur Verfügung stellen (z.B. in Arztbriefen).

Die Erhebung von Gesundheitsdaten ist Voraussetzung für Ihre Behandlung. Werden die notwendigen Informationen nicht bereitgestellt, kann eine sorgfältige Behandlung nicht erfolgen.

3. EMPFÄNGER IHRER DATEN

Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben.

Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten können vor allem andere Ärzte / Psychotherapeuten, Kassenärztliche Vereinigungen, Krankenkassen, der Medizinische Dienst der Krankenversicherung, Ärztekammern und privatärztliche Verrechnungsstellen sein.

Die Übermittlung erfolgt überwiegend zum Zwecke der Abrechnung der bei Ihnen erbrachten Leistungen, zur Klärung von medizinischen und sich aus Ihrem Versicherungsverhältnis ergebenden Fragen. Im Einzelfall erfolgt die Übermittlung von Daten an weitere berechnete Empfänger.

4. SPEICHERUNG IHRER DATEN

Wir bewahren Ihre personenbezogenen Daten nur solange auf, wie dies für die Durchführung der Behandlung erforderlich ist.

Aufgrund rechtlicher Vorgaben sind wir dazu verpflichtet, diese Daten mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren. Nach anderen Vorschriften können sich längere Aufbewahrungsfristen ergeben, zum Beispiel 30 Jahre bei Röntgenaufzeichnungen laut Paragraf 28 Absatz 3 der Röntgenverordnung.

5. IHRE RECHTE

Sie haben das Recht, über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten Auskunft zu erhalten. Auch können Sie die Berichtigung unrichtiger Daten verlangen.

Darüber hinaus steht Ihnen unter bestimmten Voraussetzungen das Recht auf Löschung von Daten, das Recht auf Einschränkung der Datenverarbeitung sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit zu.

Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt auf Basis von gesetzlichen Regelungen. Nur in Ausnahmefällen benötigen wir Ihr Einverständnis. In diesen Fällen haben Sie das Recht, die Einwilligung für die zukünftige Verarbeitung zu widerrufen.

Sie haben ferner das Recht, sich bei der zuständigen Aufsichtsbehörde für den Datenschutz zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt.

Die Anschrift der für uns zuständigen Aufsichtsbehörde lautet:

Landesamt für Datenschutzaufsicht

Postfach 606, 91511 Ansbach

Promenade 27 (Schloss), 91522 Ansbach

Tel: 0981 53 - 1300

Fax: 0981 53 - 5300

E-Mail: poststelle@lda.bayern.de

Internet: <http://www.lda.bayern.de>

6. RECHTLICHE GRUNDLAGEN

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist Artikel 9 Absatz 2 lit. h) DSGVO in Verbindung mit Paragraf 22 Absatz 1 Nr. 1 lit. b) Bundesdatenschutzgesetz. Sollten Sie Fragen haben, können Sie sich gern an uns wenden.

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie die Information zum Datenschutz gelesen und zur Kenntnis genommen haben.

Ort, Datum

Unterschrift