

Anamnesebogen

Psychotherapie/Gender-, Paar und Lebensberatung

**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. Er dient zur Vervollständigung des therapeutischen und beraterischen Gesamtbildes.
Unangenehme Fragen, zu denen Sie nicht oder nur vorsichtig Stellung nehmen können, versehen Sie bitte am Rand mit einem großen „X“. 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/Genderidentität:

Geburtsdatum:

Derzeitiger Beruf:

Erlerner Beruf:

Erster Berufswunsch:

Schulbildung/Studium/Ausbildungen:

2 – GESUNDHEITLICHER ZUSTAND

Aktuelle seelische Beschwerden (Symptome):

Aktuelle gesundheitliche (physische) Beschwerden:

Sind oder waren Sie in Ihrem Leben einmal schwerer krank oder haben Sie schwerere

Verletzungen oder körperliche Eingriffe erfahren?

Haben Sie in Ihrem Leben Kontakt mit Gewalt gehabt?

Wie schätzen Sie sich selbst charakterlich ein (2-3 Stichpunkte): Weshalb suchen Sie gerade jetzt Beratung? Wie wurden Sie auf mich aufmerksam?

3 – LEBENSITUATION

Mit wem leben Sie zusammen?

Frühere Beziehungen: Woran sind frühere Beziehungen gescheitert?

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?

Haben Sie Ihre Berufswahl selbst getroffen, warum gerade diese?

Erleben Sie Ihre Arbeit als befriedigend?

Finanzielle Situation:

Wie erleben Sie ihre momentane Beziehung oder Ehe?

Gibt es Probleme, wenn ja welche?

Beschreiben Sie kurz ihre/n Partner/in, was macht er/sie beruflich, wie alt ist er/sie, welche Eigenschaften hat er/sie:

Wie bewerten Sie Ihre Sexualität?

Mit wem leben Sie Ihre Sexualität?

Bewerten Sie Ihre Einstellung zu Ihrer Sexualität als eher (bitte einkreisen, ggf. auch mehrfach):

Unbeschwert / frei / belastet / befriedigend / unbefriedigend / sehr problematisch / leicht / sinnlich / phantasieabhängig / partnerabhängig / problemlos / wichtig / unwichtig / egal / überbewertet / unterbewertet / in guter Harmonie mit dem Partner / in eingeschränkter Harmonie mit dem Partner

Was ist für Sie „Liebe“ (bitte assoziieren Sie ein paar Begriffe)?

Was verstehen Sie unter einer glücklichen „Beziehung“?

Wie viele Geschwister haben Sie (Altersunterschied)?

Wie war das Verhältnis unter den Geschwistern, welche Stellung hatten Sie?

Wie waren Sie als Kind, beschreiben Sie sich kurz:

Gab es Auffälligkeiten, als Ihre Mutter mit Ihnen schwanger war oder unter der Geburt?

Waren Ihre Eltern häufig oder länger krank oder hatten sie Probleme?

Gab es in Ihrer Kindheit psychisch bedingte Probleme wie z.B. Bettnässen, Stottern, Ängste oder Ähnliches?

Gab es in Ihrem bisherigen Leben ernste Erkrankungen oder auch Operationen, wenn ja, nennen Sie diese bitte:

Hatten Sie gute Kontakte zu anderen Kindern, oder waren Sie eher ein Einzelgänger?

Wie war Ihr geschlechtliches Erleben als Kind: Wann wurde Ihnen erstmals klar, welches Geschlecht Sie haben und wie reagierten Sie darauf?

Fühlten Sie sich in Harmonie mit Ihrer geschlechtlichen Definition, (falls nein, bitte kurze Erläuterung)?

Wie erlebten Sie als Kind das andere Geschlecht?

Wie war Ihre schulische Entwicklung, gab es Schwierigkeiten?

Beschreiben Sie kurz ihren Vater, welche Eigenschaften hatte oder hat er? Was hat er beruflich gemacht? Lebt er noch oder wann und woran ist er gestorben?

Was war ihrer Meinung nach, spontan heraus gesagt, das größte Problem Ihres Vaters und welches seine beste Eigenschaft:

Welche Beziehung hatten Sie zu ihm, haben Sie sich geliebt gefühlt?

Beschreiben Sie kurz ihre Mutter, welche Eigenschaften hatte oder hat sie? Lebt sie noch oder wann und woran ist sie gestorben?

Welche Beziehung hatten Sie zu ihr, haben Sie sich geliebt gefühlt, wie lange haben Sie Zuhause gewohnt?

Was war ihrer Meinung nach, spontan heraus gesagt, das größte Problem Ihrer Mutter und welches ihre beste Eigenschaft:

Wie war der Erziehungsstil Ihrer Eltern?

Zu welchem Elternteil hatten Sie die stärkere Verbindung?

Wurden Sie religiös erzogen?

Wie war die Ehe Ihrer Eltern, welche Atmosphäre herrschte im Elternhaus, welche Konflikte gab es?

Welche Probleme hatten Sie als Kind?

Wie würden Sie sich heute beschreiben?

Haben Sie heute Menschen, die Ihnen zur Seite stehen und Sie unterstützen?

Welche Kernprobleme gibt es heute in ihrem Leben?

Haben Sie Schwierigkeiten, Misserfolge oder Kränkungen hinzunehmen?

Gab es in Ihrem Leben in letzter Zeit Misserfolge oder Kränkungen?

Wie reagieren Sie auf Misserfolge oder Kränkungen?

Kompensieren Sie negative Stimmungen mit Alkohol, Rauchen, Drogen oder bestimmten Tätigkeiten (bitte auflühren)?

Welche Medikamente nehmen Sie ein?

Rauchens Sie, wenn ja wie viel?

Haben Sie Erfahrungen mit Drogen, wenn ja mit welchen?

Sind Sie zurzeit krankgeschrieben oder berentet, wenn ja seit wann?

Was fehlt Ihnen in Ihrem Leben?

Wenn Sie drei Wünsche frei hätten, was würden Sie sich wünschen?

- 1.....
- 2.....
- 3.....

Was wollen Sie in der Beratung mit mir für sich erreichen?

Hatten Sie schon einmal Psychotherapie?

Bestehen Ihrerseits bestimmte Bedenken, Vorurteile oder Ängste gegenüber der Beratung mit mir?

Bitte kreuzen Sie im Folgenden an:

- Haben Sie Ein- oder Durchschlafstörungen? Ja [] Nein []
- Sind Sie müde oder haben Sie wenig Energie? Ja [] Nein []
- Haben Sie vermindertem oder vermehrten Appetit? Ja [] Nein []
- Haben Sie weniger Freude und Interessen? Ja [] Nein []
- Fühlen Sie sich niedergeschlagen, schwermütig, hoffnungslos? Ja [] Nein []
- Zweifeln Sie sich an und haben Sie Angst zu versagen? Ja [] Nein []
- Können Sie sich konzentrieren? Ja [] Nein []
- Fühlen Sie sich langsamer als früher oder vermehrt nervös oder angespannt? Ja []
Nein []
- Haben Sie in letzter Zeit öfter gedacht, dass es besser wäre, Sie wären tot oder hatten Sie Selbstmordgedanken? Ja [] Nein []
- Gab es früher Phasen, wo sie hoffnungslos oder deprimiert waren? Ja [] Nein []
- Waren sie auch schon mal in ihrem Leben sehr umtriebig, aufgedreht, über längere Zeit gehobener Stimmung, wo ihnen alles von der Hand ging und Sie kaum Schlaf brauchten? Ja [] Nein []
- Haben Sie Ängste oder Angstattacken? Ja [] Nein []
- Haben Sie Probleme mit Alkohol? Ja [] Nein []

- Hat Ihnen schon jemand geraten mit dem Trinken aufzuhören? Ja [] Nein []
- Haben Sie öfter morgens oder schon bei der Arbeit getrunken? Ja [] Nein []
- Waren Sie morgens verkatert? Ja [] Nein []
- Sind Sie der Schule oder der Arbeit ferngeblieben, weil Sie am Abend vorher getrunken hatten? Ja [] Nein []
- Haben Sie Schwierigkeiten im Umgang mit anderen Menschen, weil sie getrunken haben? Ja [] Nein []
- Sind Sie schon einmal Auto gefahren, nachdem sie einige Gläser Alkohol getrunken hatten? Ja [] Nein []
- Essen sie öfters große Mengen an Lebensmitteln? Ja [] Nein []
- Haben Sie Schwierigkeiten ihre Ess-Mengen zu kontrollieren? Ja [] Nein []
- Nehmen Sie Abführmittel zur Gewichtskontrolle oder bringen Sie sich selbst zum Erbrechen? Ja [] Nein []
- Fasten Sie öfter, haben Sie Gewichtsschwankungen oder treiben Sie extrem viel Sport? Ja [] Nein []
- Leiden Sie manchmal unter Ohrgeräuschen[], Schwindel[], Luftnot[], Herzklopfen[], Druckgefühl[], Schmerzen in der Brust[], Beklemmungsgefühlen[], Kloßgefühl im Hals[], Schwitzen[], Nervosität[], Unruhe[], Magenschmerzen[], Rückenschmerzen[], Menstruationsbeschwerden[], Kopfschmerzen[] oder Übelkeit[]

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