

Ganzheitlicher Anamnesebogen

Herzlich willkommen in meiner Praxis!

Zur Vorbereitung auf Ihren Besuch bei mir, erhalten Sie diesen Anamnesebogen.

Bitte füllen Sie diesen sorgfältig und in aller Ruhe aus, damit Sie mich über Ihren Gesundheitszustand informieren können und so an alle wichtigen und scheinbar unwichtigen Details denken. Den Rest könne wir in unserem ersten Gespräch klären, selbstverständlich auch Fragen Ihrerseits, die beim Ausfüllen auftauchen können. Notieren Sie sich diese (am Ende des Formulars ist Platz für Ihre Notizen), damit ich ihnen in unserem Erstgespräch dies Frage beantworten kann.

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Straße: _____ PLZ, Ort: _____

Beruf: _____ E-Mail: _____

Tel. (privat) _____ Tel. (geschäftlich): _____

Verheiratet ledig verwitwet seit _____ Kinder: nein ja Anzahl _____

weiblich männlich Größe: _____ m Gewicht: _____ kg Bauchumfang: _____ cm

Veränderung Ihres Körpergewichts/ Ich habe in den letzten 10 Jahren unterm Strich:

- Mein Gewicht kaum verändert
- _____ kg abgenommen
- _____ kg zugenommen

Wegen welcher Beschwerden kommen Sie in meine Praxis?

Nebenbeschwerden/Vorerkrankungen:

Wie viele Ärzte, Kliniken, Heilpraktiker haben Sie wegen dieser Beschwerden bisher schon aufgesucht?

Welche Untersuchungen wurden hierbei durchgeführt?

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente/Nahrungsergänzungsmittel ein? (inklusive verhütender Maßnahmen, Sprays und Bedarfsmedikamente (Schmerz-, Allergie- und Schlaftabletten etc.).

Medikament/ Nahrungsergänzungsmittel	Morgens	Mittags	Abends	z. Nacht	b. Bedarf

(Bitte Medikamentenplan mitbringen, falls vorhanden)

Haben Sie irgendwelche Allergien oder Unverträglichkeiten? nein ja

Wenn **ja**, welche? (z.B. Heuschnupfen, Neurodermitis, bestimmte Nahrungsmittel, Kosmetika, Modeschmuck etc.)

Sind Sie aktuell in weiterer Behandlung?

Welche Kinderkrankheiten hatten Sie?

Windpocken Mandelentzündung _____

Sind Sie auf natürliche Weise zur Welt gekommen? Nein ja

Operationen/Narben:

Familienanamnese:

Anzahl der Geschwister: _____

Krankheiten der Mutter: _____

Krankheiten des Vaters: _____

Lebensführung:

Arbeiten Sie viel? nein ja Alkohol nein ja ____/Woche

Wie oft haben Sie Stuhlgang? _____ Mal täglich, _____ Mal wöchentlich.

Konsistenz/Auffälligkeiten: _____

Spezielle Ernährungsanamnese

Wie viel und was trinken Sie täglich? Bitte genau!

Ernähren Sie sich nach einer spez. Ernährungsform?

Welche? _____ Seit wann? _____

Neigen Sie zu emotionalem Essen? nein ja

Neigen Sie zu „Fressanfällen“? nein ja , in welcher Situation? _____

Essen Sie generell

regelmäßig unregelmäßig viele Zwischenmahlzeit

Was essen Sie?

Impfschutz bekannt? Nein ja

Auslandsreisen Nein ja wo: _____ wann: _____

Bitte denke Sie daran, diesen Anamnesebogen zu unserem Erstgespräch mitzubringen. Außerdem bitte ich Sie, alle Ihnen vorliegenden Krankenberichte, Impfausweis und Laborwerte mitzubringen. Wenn Ihnen diese nicht vorliegen, wäre es schön, wenn Sie diese besorgen könnten. Wenn möglich, wäre eine Auflistung Ihrer bisher eingenommen Medikamente/Homöopathika und Nahrungsergänzungsmittel sehr hilfreich.

VIELEN DANK FÜR IHRE MITARBEIT FÜR IHRE GESUNDHEIT!

ICH FREUE MICH AUF UNSERE ZUSAMMENARBEIT, DENN NUR SO KÖNNEN SIE GESUND WERDEN UND BLEIBEN!

Ihre



MARINA POMPE
Heilpraktikerin

Kosten:

Mir ist bekannt, dass die Kosten nicht von der gesetzlichen und privaten Krankversicherung übernommen werden. Die Abrechnung erfolgt nach der gültigen Gebührenordnung für Heilpraktiker (GebüH) und richtet sich nach Aufwand und Dauer der Beratung.

Einwilligung zur Datenerhebung, -verarbeitung und -speicherung:

Ich stimme hiermit der Erhebung, Verarbeitung und Speicherung meine personenbezogenen Daten für den Zweck der Beratung, Untersuchung, Behandlung, Abrechnung, Übermittlung von Termin- und Gesundheitsinformationen durch die Naturheilpraxis Marina Pompe, Kronach zu. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO). Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO).

Ort, Datum

Unterschrift Patient.