

Anamnese – Journal

.....
Name

.....
Anschrift

.....
Telefon

.....
eMail

.....
Geburtsstag

.....
Größe (aktuell)

.....
Geburtsort

.....
Gewicht (aktuell)

.....
Geburtszeit

.....
Blutgruppe (falls bekannt)

.....
Beruf

.....
Hobbys

.....
Familienstand (seit wann)

.....
Kinder (Alter und Geschlecht)

.....
Krankenkasse

.....
Zusatzversicherung

speziell für Kinder:

.....
Geburtsgewicht

.....
Apgar-Wert

.....
Geburtsgröße

.....
Besonderheiten bei der Geburt

Anleitung

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen genau aus. Bei den Beispielen genügt es zu unterscheiden oder anzukreuzen, wenn sie zutreffen; sonst mit eigenen Worten beantworten. Bitte nehmen Sie sich genug Zeit zum Durcharbeiten. Alle Ihre Angaben unterliegen der Schweigepflicht.

Naturheilpraxis – Carmen Helms

Unter welchen Beschwerden leiden Sie?

z.B. wo die Beschwerden sind, seit wann, zeitliche Abfolge des Auftretens, wie äußern sich die Beschwerden, wodurch werden die Beschwerden erleichtert oder verstärkt usw.

Wurden Sie deswegen bereits behandelt? Wie?

Was war unmittelbar vor dem ersten Auftreten Ihrer jetzigen Beschwerden?

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

Naturheilpraxis – Carmen Helms

Welche Krankheiten in Ihrer Familie sind Ihnen bekannt?

Bitte notieren Sie, wer im Einzelnen von den Erkrankungen betroffen war oder ist, soweit es Ihnen bekannt ist.

Erkrankungen	Mutter	Vater	Geschwister (welche?)	Andere Familienmitglieder
Bluthochdruck				
Niedriger Blutdruck				
Herzerkrankungen				
Gefäßerkrankungen				
Schlaganfall				
Asthma				
Tuberkulose				
Rheuma				
Gicht				
Steinkrankheiten (Blase, Niere)				
Krebs				
Epilepsie				
Zuckerkrankheit (Diabetes Typ)				
Multiple Sklerose				
Schuppenflechte				
Allergien				
Geisteskrankheiten				
Geschlechtskrankheiten				
Selbstmord				
Alkoholismus				

Welche Impfungen haben Sie bekommen?

Cholera		Hepatitis A		Meningitis		Haemophilus influenzae	
Diphtherie		Hepatitis B		Mumps		Malariaprophylaxe	
FSME		Kinderlähmung		Röteln		Tuberkulose	
Gelbfieber		Masern		Tetanus		Typhus	
Pocken		Keuchhusten					
Sonstige							

Hat es Reaktionen auf eine der Impfungen gegeben?

z.B. Fieber, Schlaflosigkeit, Unruhe usw.

Naturheilpraxis – Carmen Helms

Welche Infektionskrankheiten haben Sie durchgemacht?

Röteln		Aids		Diphtherie		Tropenkrankheiten	
Mumps		Keuchhusten		Ruhr		Geschlechtskrankheiten	
Masern		Tuberkulose		Malaria			
Scharlach		Windpocken		Gelbfieber			
Sonstige							

Wurden Sie jemals mit einem Antibiotikum behandelt?

wenn ja: wann, weshalb, wie lange, mit welchem Mittel genau

Kopfbereich

Leiden Sie unter Kopfschmerzen?

Häufig, selten, Stirn-Schläfen-Hinterhauptregion, halbseitig-doppelseitig-wechselnd, morgens-tagsüber-abends, Auslöser

Augen Bindehautentzündung, kurzsichtig-weitsichtig, sonstige Beschwerden

Ohren Mittelohrentzündung, Schwerhörigkeit, Schmerzen bei Wind, Kälte, Geräusche/ Tinnitus

Zähne / Kiefer

Bitte entsprechende Spalte ankreuzen!

	ja	nein
Häufige Zahnarztbesuche		
Empfindliche Zähne		
Karies		
Wurzel-behandelte, tote Zähne		
Zahnfüllungen mit Gold		
Zahnfüllungen mit Amalgam		
Zahnfüllungen mit Kunststoff		
Zähne gezogen		
Entfernungen von Amalgam		
Ausleitung einer Amalgamintoxikation		

Haare Haarausfall, kreisrunder, vereinzelter, seit wann.....

Nase Operationen, Heuschnupfen, Allergien auf:.....
behinderte Nasenatmung, Nase verstopft, Absonderungen (wässrig, schleimig, grünlich)
häufig Nasennebenhöhlenentzündungen, Nasenbluten

Naturheilpraxis – Carmen Helms

Mandeln häufig Mandelentzündungen als Kind / heute, Operation

Schilddrüse Überfunktionen, Unterfunktionen, Vergrößerungen, Operation

Brust-Bauch-Rücken

Brustdrüse Beschwerden, Operationen

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

Lunge Bronchitis, häufig Husten, Auswurf

Leber Entzündung - Hepatitis, Gelbsucht

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

Magen Völlegefühl, Gastritis – Magenschleimhautentzündung, Appetitlosigkeit, Geschwüre, Sodbrennen, Übelkeit, Erbrechen

Darm Infektionen, Hämorrhoiden, Blinddarmoperation, Blähungen – Geruch.....

Stuhlgang täglich, jeden 2. Tag, unregelmäßig, riecht nach.....
Neigung zur Verstopfung, Neigung zum Durchfall
Stuhl hell, dunkel, übelriechend, hart, knollig, weich, schmierig, pastenartig

Niere/Blase Steine, Entzündungen

Harn viel, wenig, häufig, kann nicht halten, Geruch nach.....

Naturheilpraxis – Carmen Helms

Arme – Beine – Rücken – Haut

- Arme** Verletzungen, Schmerzen, Tennisellenbogen, Kribbeln, kalte Hände usw.
- Beine** Verletzungen, Schmerzen, Krampfadern, Operation, kalte Füße, Kribbeln, Taubheitsgefühl
- Rücken** Schmerzen, Hexenschuss, Ischias, Skoliose usw.
- Haut / Nägel** Verbrennungen, Narben, Geschwüre, Hautjucken, Warzen, Pilze, eingewachsene Nägel, Nagelbettentzündung, Allergische Reaktionen auf.....

Geschlechtsorgane

- Gynäkolog.** Ausfluss – keinen, stark, weiß, gelb, wund-machend, färbt die Wäsche, Schmerzen, Eierstockentzündungen, Ausschabungen, Fehlgeburten, Abtreibungen, Tumore, Zysten, Myome, Geschlechtskrankheiten usw.
- Menses** Wann war die erste Menses
wann die letzte.....
Zyklus.....
Blutungen sind hell, dunkel, klumpig, braun, stark, schwach.....
Beschwerden vor – nach – während der Regel – welche.....
Zwischenblutungen.....
klimakterische Beschwerden.....
- Prostata** vergrößert, Entzündungen, Beschwerden beim Wasserlassen
- Sexualität** vermindert, verstärkt, unbefriedigt, Beschwerden beim Geschlechtsverkehr

Allgemeines

Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit ein?

- Schlaf** Schlaflosigkeit, häufiges Erwachen, Schwierigkeiten beim Einschlafen, Sprechen im Schlaf, Unruhe in den Beinen, Nachtschweiß, heiße Füße, Zähneknirschen
- Schlaflage** Bauch, Rücken, links, rechts, kniend, zusammengerollt

Naturheilpraxis – Carmen Helms

Träume Wiederkehrende Träume, Alpträume, schrecklich, schön, gegen Morgen, nachdenklich

Ernährung Leben Sie nach bestimmten Ernährungsrichtlinien (Diäten, Vegan usw.)?
Falls ja, welche?.....

Essen Sie regelmäßig zum Frühstück, Mittag und Abend?.....

Essen Sie regelmäßig zwischen den 3 Hauptmahlzeiten? Wenn ja, was?.....

.....

An wie vielen Tagen der Woche essen Sie Fleisch?.....

Bereiten Sie Ihr Essen selbst zu? Wenn nein, woher beziehen Sie Ihr Essen (Kantine, Fertigprodukte).....

Wie groß ist Ihre tägliche Trinkmenge an Mineralwasser und/oder Kräutertees?.....

Bitte geben Sie jeweils an, wie gerne Sie etwas mögen oder wie wenig, frei von gesundheitlichen oder anderen Erwägungen. Bitte geben Sie außerdem eventuelle Unverträglichkeiten oder allergischen Reaktionen an.

Nahrungsmittel	Verlangen				Abneigung			Allergie
	stark	mittel	schwach	neutral	schwach	mittel	stark	
Bitteres								
Salziges								
Süßes								
Saures								
Scharfes								
Warme Speisen / Getränke								
Kalte Speisen / Getränke								
Milch								
Fett / Butter / Öl / Sahne								
Fleisch								
Fisch								
Gebratenes								
Getreide								
Schokolade								
Eier								
Obst								
Gemüse								
Kaffee, Schwarzer Tee								
Alkohol								

Naturheilpraxis – Carmen Helms

Sonstiges

		Ja	nein
Schwitzen Sie leicht?			
Leiden Sie unter mangelnder Konzentration?			
Sind Sie wetterempfindlich?			
Treiben Sie regelmäßig Sport?			
Hat sich Ihr Gewicht innerhalb der letzten Wochen verändert?			
	zugenommen / abgenommen?.....		
Rauchen Sie regelmäßig?			
	wie viele Zigaretten pro Tag?.....		
Gibt es belastende Ängste – Schuldgefühle - Konflikte			

Chronologie der Krankengeschichte

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

Patienteninformationen

gem. der Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO)

Sehr geehrte Patientin,
sehr geehrter Patient,

nach der Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO) bin ich mit Wirkung zum 25.05.2018 verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck wir Ihre personenbezogenen Daten erheben, speichern und ggf. an Dritte weiterleiten und welche Rechte Ihnen bezüglich Ihrer Daten zustehen.

Im Einzelnen führen wir insofern wie folgt aus:

1. Der Verantwortliche für die Verarbeitung der Patientendaten ist der Praxisinhaber:
Carmen Helms, Hasselbrookstraße 39a, 22089 Hamburg, info@heilpraktikerin-helms.de, Tel: 040 36888723

Ein ständiger Vertreter oder Datenschutzbeauftragter ist in der Praxis nicht vorhanden.

2. Ihre personenbezogenen Daten werden zum Zwecke der heilkundlichen Versorgung sowie zur Abrechnung der Leistungen erhoben und im automatisierten Praxisverwaltungssystem und in den händischen Patientenakten gespeichert. Bei den Daten handelt es sich neben Ihren Kontaktdaten insbesondere um Gesundheitsdaten wie Anamnese, Medikation, Diagnosen, Therapieempfehlungen, Befunde usw. Auch andere Heilpraktiker/Ärzte, bei denen Sie sich in Behandlung befinden, können uns zu diesem Zweck Daten zur Verfügung stellen.

Die Erhebung und Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten ist auf der Grundlage des Behandlungsvertrages zwischen Ihnen und dem Praxisinhaber notwendige Voraussetzung für eine adäquate und sorgfältige Behandlung.

3. Die Übermittlung der Daten an Dritte erfolgt nur, soweit es rechtlich zulässig ist oder Sie hierzu ausdrücklich eingewilligt haben. Dritte in diesem Sinne können andere Leistungserbringer (Heilpraktiker/Ärzte/Physiotherapeuten, Labore usw.), Krankenversicherungen oder auch eine Verrechnungsstelle sein.

4. Ihre personenbezogenen Daten werden in der Praxis noch mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufbewahrt (§ 630 f BGB). Unter Umständen können sich nach anderen gesetzlichen Bestimmungen auch längere Aufbewahrungsfristen ergeben (bspw. müssen Aufzeichnungen über Röntgenbehandlungen gem. § 28 Abs 3 RÖV noch mindestens 30 Jahre nach der Behandlung aufbewahrt werden.)

5. Rechtsgrundlagen der Datenverarbeitung sind

- der Behandlungsvertrag zwischen Praxisinhaber und Patient,
- Art. 6 Abs. 1 b), Art. 9 Abs. 2 f), h) i.V.m. Abs. 3 DS-GVO,
- § 22 Abs. 1 Nr. 1 b) BDSG und
- die in diesem Zusammenhang von Ihnen abgegebenen Einwilligungserklärungen.

6. Ihnen stehen bezüglich Ihrer Daten verschiedene Rechte zu:

So können Sie Auskunft über die erhobenen Daten und die Berichtigung unrichtiger Daten verlangen. Unter bestimmten Voraussetzungen steht Ihnen auch das Recht auf Löschung der gespeicherten Daten zu. Auf die Einschränkung der Verarbeitung/Sperrung der Daten haben Sie, soweit die Voraussetzungen gegeben sind, ebenfalls Anspruch.

Naturheilpraxis – Carmen Helms

Soweit die Voraussetzungen dafür erfüllt sind, steht Ihnen des Weiteren das Recht auf Datenübertragbarkeit zu (sog. Recht auf Datenportabilität).

Eine erteilte Einwilligung in die Datenverarbeitung können Sie jederzeit widerrufen. Näheres zu diesem Widerrufsrecht lässt sich dem jeweiligen Einwilligungs-Formular entnehmen.

Und schließlich steht Ihnen ein Recht auf Beschwerde bei der zuständigen Aufsichtsbehörde zu, soweit Sie der Auffassung sind, dass die Verarbeitung der erhobenen Daten gegen die DS-GVO verstößt.

Bei Fragen zu den einzelnen Punkten stehe ich Ihnen selbstverständlich jederzeit gerne zur Verfügung.

Carmen Helms
Dipl. Oecotrophologin & Heilpraktikerin

Ort, Datum

Unterschrift Patient