



Anamnese / Krankengeschichte

Bitte sende mir mir diesen Bogen ausgefüllt möglichst vor unserem nächsten Termin per mail an:

al@altenhof-naturheilpraxis.de

oder bringe Deinen Bogen ausgefüllt mit in die Praxis- Vielen Dank!

DATUM _____

Name , Vorname _____

Geburtsdatum _____Versichert bei _____

Anschrift _____

Telefon _____

Mobil _____

Email _____

1. **Aktuell-** weswegen kommst Du zu mir in die Praxis? Welche Beschwerden hast Du jetzt gerade ?

2. **Gab es einen bestimmten Auslöser?** (z.B. Erkrankungen, Unfälle, Trauer, Kummer, Medikamente, Impfungen, Auslandsreisen etc. ?)

3. **Hattest Du Kinderkrankheiten? Wenn ja, bitte ankreuzen:**

Masern Mumps Windpocken
Röteln Scharlach Keuchhusten

4. Hattest Du Covid (Corona) ja nein

5. Wurdest Du gegen COVID geimpft ja nein wenn ja, wie oft -----

6. **Hattest Du Operationen ? Wenn ja, bitte ankreuzen:**

Blinddarm Mandeln Gelenke
Magen Darm Unterleib
Gefäße Herz Sonstige

7. **Welche Impfungen hast Du erhalten? / wann ?**

8. **Soziale Anamnese**

Beruf, ausgeübte Tätigkeit, Arbeitszeit, besondere Belastungen

Soziale Situation (Familie, Ehe, Kinder besondere Belastungen)

9. Familienanamnese

(familiäre Vorgeschichte Eltern, Großeltern, Geschwister) Bitte ankreuzen:

- | | | |
|---|---|--|
| Bluthochdruck <input type="checkbox"/> | Herzinfarkt <input type="checkbox"/> | Gefäßerkrankungen <input type="checkbox"/> |
| Lungenerkrankungen <input type="checkbox"/> | Asthma <input type="checkbox"/> | Allergien <input type="checkbox"/> |
| Diabetes <input type="checkbox"/> | Gicht <input type="checkbox"/> | Fettstoffwechselstörung <input type="checkbox"/> |
| Krebs <input type="checkbox"/> | Erbkrankheiten <input type="checkbox"/> | |
| Sonstige <input type="checkbox"/> | | |
-
-

10. Sind Dir Allergien / Unverträglichkeiten bekannt? Bitte ankreuzen:

- | | | |
|--|---------------------------------|------------------------------------|
| Heuschnupfen <input type="checkbox"/> | Pollen <input type="checkbox"/> | Tierhaare <input type="checkbox"/> |
| Hausstaubmilben <input type="checkbox"/> | Milben <input type="checkbox"/> | Schimmel <input type="checkbox"/> |

Metalle welche:-----

Medikamente welche:-----

Nahrungsmittel welche:-----

Sonstige Allergien- bitte nennen:-----

11. Nur Für Patientinnen - bitte ausfüllen:

Anzahl Schwangerschaften Anzahl Geburten

Komplikationen dabei ?ja nein

Einnahme der Pille ja nein Hormone ja nein

Monatsblutung regelmäßig unregelmäßig schmerzhaft

Wechseljahresbeschwerden nein Ja welche-----

12. Medikamente

Welche Medikamente nimmst Du regelmäßig ein? Dosierung bitte nennen!

13. Vorerkrankungen

Welche Erkrankungen sind bei Dir bereits festgestellt worden? Bitte ankreuzen:

- Bluthochdruck Gefäßkrankheiten Herzkrankheiten
Leber Niere Magen/Darm
Gallensteine Nierensteine Blasensteine
Rheuma Gicht Diabetes Krebs
Tumorerkrankung Depression psychische Erkrankungen •

Sonstige, bitte nennen:-----

14. Aufenthalte nichteuropäisches Ausland / / TROPEN: in den letzten 5 Jahren. Nein •

Ja • wo?

15. Hattest Du schon einmal Infektionskrankheiten?, z.B. im Urlaub. Nein Ja Welche ?

16. Schlafgewohnheiten- wie schläfst Du? - bitte beschreiben:

Bitte beschreiben:

17. Durst – Trinkmenge pro Tag – was und wie viel trinkst Du?

- | | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| 18. Wasserlassen (wie oft , wie viel) | tagsüber: | nächtlich: |
| 19. Übelkeit / Erbrechen | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| 20. Schwitzen /Nachtschweiß | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| 21. Fieber | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| 22. Leistungsknick | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |

23. Ernährungsgewohnheiten

Appetit gut schlecht vermindert vermehrt
Mischköstler Vegetarier Veganer

24. Genussmittelgewohnheiten: Kaffee Alkohol Nikotin sonst. Drogen

25. Wie ist Deine Verdauung? Bitte ankreuzen:

Völlegefühl nach dem Essen Sodbrennen vermehrt Aufstoßen
Gastritis Magengeschwür Appetitlosigkeit
Vermehrt Blähungen Durchfall Verstopfung
Stuhlgang täglich 2-/ 3- mal wöchentlich
Regelmäßig unregelmäßig
Hämorrhoiden Helikobacter pylori Blut im Stuhl

Nahrungsmittel, die Du schlecht verträgst:

26. Zahnstatus

Welches Füllmaterial wurde für Deine Zähne benutzt? Bitte ankreuzen:

Amalgam Amalgam entfernt
Gold Keramik Kunststoff
Weisheitszähne vorhanden entfernt
Implantate vorhanden? Ja Nein

27. Körpermaße: Größe: _____ Gewicht _____

28. Treibst Du Sport? Ja Nein

Wenn ja – welchen und wie oft? _____

Welche Maßnahmen ergreifst Du selbst, um Deine Gesundheit zu erhalten / zu verbessern?

HINWEISE / Datenschutz:

Die behandlungsrelevanten persönlichen Angaben und medizinischen Befunde der Patienten werden in einer Patientenakte digital als Patientenakte geführt und gespeichert. Die Patientendaten werden nur zum Zwecke der Diagnostik, Behandlung, Verlaufsbeobachtung, Dokumentation und Therapiebeurteilung verwendet und nicht an Dritte weitergeleitet.

Weiterleitung der Patientendaten, z.B. bei Beauftragung externer Dienstleister wie z.B. Labore, bedürfen der ausdrücklichen schriftlichen Zustimmung des Patienten und werden auf den entsprechenden Formularen durch Unterschrift des Patienten vermerkt.

Die Angaben zur Person und die Gesundheitsdaten der Patienten sind zur Erfüllung des Behandlungsvertrages und des damit ausdrücklich erteilten Auftrages der Heilpraktikerin, Frau Ute Altenhof, zur nachfolgenden Behandlung und Betreuung erforderlich.

Patienten sind gemäß Artikel 15 DSGVO jederzeit berechtigt, gegenüber der Vertragspartnerin, Frau Ute Altenhof, um umfangreiche Auskunftserteilung zu den zu ihrer Person gespeicherten Daten zu ersuchen.

Zudem können die Patienten als Vertragspartner jederzeit gemäß Artikel 17 DSGVO die Berichtigung, Löschung und Sperrung einzelner personenbezogener Daten verlangen.

Sie können darüberhinaus jederzeit ohne Angabe von Gründen von ihrem Widerspruchsrecht Gebrauch machen und die erteilte Einwilligungserklärung mit Wirkung für die Zukunft abändern oder gänzlich widerrufen. Sie können den Widerruf entweder postalisch oder auf elektronischem Weg an die Behandlerin, Frau Ute Altenhof, übermitteln.

Im Falle datenschutzrechtlicher Verstöße steht den Betroffenen ein Beschwerderecht bei der zuständigen Aufsichtsbehörde zu. Zuständige Aufsichtsbehörde in datenschutzrechtlichen Fragen ist der Landesdatenschutzbeauftragte des Landes Baden-Württemberg.

Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung :

Ich bin damit einverstanden, dass meine Behandlerin, Frau Heilpraktikerin Ute Altenhof, behandlungsrelevante Daten und Angaben zu meiner Person, speichert, dokumentiert und verwendet:

Ich möchte in der Praxis Ute Altenhof naturheilkundlich untersucht und behandelt werden.

Die Kosten dafür sind keine Kassenleistungen und werden von mir privat aufgebracht unabhängig davon, ob eine private Krankenversicherung oder Zusatzkrankenversicherung diese übernimmt.

Ich habe den Behandlungsvertrag erhalten, gelesen und akzeptiert:

Ort: _____

Datum: _____

Unterschrift Patient: _____