

Anamnesebogen

Liebe Patientin,
lieber Patient,

in der Therapie ist die **gründliche** Erhebung des Gesundheitszustandes von großer Bedeutung.

Der Behandlungsansatz ist **ganzheitlich** angelegt, um mögliche Verbindungen und Ursachen für Gesundheitsstörungen zu ergründen.

Daher bin ich auf Ihre **aktive Mithilfe** angewiesen. Je genauer und umfassender Ihre Informationen sind, umso besser kann ich mich auf Sie vorbereiten.

Ich versuche Sie in **3D** zu erfassen und kann derart ein auf Sie individuell zugeschnittenes Konzept anbieten.

Dadurch habe ich eine hohe Erfolgsquote.

Lassen Sie sich bitte Zeit beim Ausfüllen. Ich weiß, es ist viel.

Wenn der Platz nicht reicht, dann schreiben Sie auf die Rückseite oder auf ein weiteres Blatt.

Wichtig sind Ihre zahlreichen Informationen und nicht die Form.

Wenn Sie der Meinung sind, eine wichtige Frage wurde hier nicht gestellt, dann schreiben Sie diese gerne nieder. Ihr Gefühl ist wichtig und ich nehme das ernst.

Wenn Sie eine Frage nicht beantworten können oder es auf Sie nicht zutrifft, lassen Sie sie einfach offen.

Sollte ich Fragen haben, werde ich diese in dem darauffolgenden Termin stellen.

Bitte füllen Sie den Fragebogen daher so gut wie möglich aus und schicken ihn mir vor Ihrem Termin per Mail oder per Post zu.

Vielen Dank.

Ich freue mich auf Sie!

Name _____

Geburtsdatum/Ort _____

Straße _____

PLZ/Ort _____

Tel _____

E – Mail _____

Tanja Gatzke, Heilpraktikerin für Psychotherapie

Beruf _____

Größe/ Gewicht _____

Familienstand/Kinder _____

Was führt Sie zu mir?

Seit wann haben Sie das Problem und tritt es ständig auf?

**Was war unmittelbar vor dem ersten Auftreten Ihrer jetzigen Beschwerden?
Bitte schreiben Sie mir, welche Ereignisse zeitgleich oder kurz vorher (bis zu einem Jahr) stattgefunden haben, auch wenn Sie der Meinung sind, es steht nicht im Zusammenhang.**

z.B. eine Erkrankung, Kummer, Trauer, Schreck, Operation, Hautausschläge, Medikamente, Einschneidendes Lebensereignis (auch positive!)

Weitere Erkrankungen?

Hoher Blutdruck. Wenn ja – welche Werte? _____

Diabetes

Nierenbeschwerden

Allergien. Wenn ja – welche? _____

Herzleiden

Migräne/Kopfschmerzen. Wenn ja - welcher Art? _____

Depressionen

Hautkrankheiten. Wenn ja – welche? _____

Schwindel

Schilddrüsenbeschwerden. Wenn ja – welche? _____

Asthma

Pilze

Durchfall/Verstopfung

Durchblutungsstörungen. Wenn ja – wo? _____

Epilepsie _____

Sonstige _____

Haben Familienmitglieder Probleme mit folgenden Krankheiten oder ein ähnliches/gleiches Problem wie Sie?

Zutreffendes bitte unterstreichen z.B. Krebs, Tuberkulose, Geisteskrankheiten, Geschlechtskrankheiten, Selbstmord, Herzkrankheiten, Gefäßkrankheiten, Schlaganfall, Asthma, Zuckerkrankheit, Rheuma, Nierensteine, Gallensteine, Multiple Sklerose, Gicht, Allergien, Schuppenflechte, Neurodermitis, Migräne, Suchtproblem, Angsterkrankung, Burnout oder sonstiges?

Welche Medikamente oder Nahrungsergänzungsmittel nehmen Sie zur Zeit ein?

Bitte den Beipackzettel oder das Medikament mitbringen.

Haben Sie in den letzten 12 Monaten Antibiotika eingenommen? Wenn ja wie oft?

Die weiteren Fragen werden etwas verkürzt dargestellt. Bitte füllen Sie die Lücken aus bzw. unterstreichen Sie zutreffendes.

Haare: Haarausfall, kreisrunder, vereinzelter, seit wann? _____

Augen: Bindehautentzündung, kurzsichtig, weitsichtig, Grauer Star, Macula-Degeneration? _____

Ohren: Tinnitus links / rechts? Seit _____ . Schwerhörigkeit? _____

Haben Sie wurzelbehandelte Zähne? _____

Zahnfüllmaterialien: O Amalgam O Kunststoff O Gold O Keramik

Nase: Operationen, Nasennebenhöhlenentzündungen, behinderte Nasenatmung, verstopft? _____

Mandeln: Operation, häufig Mandelentzündungen als Kind / heute? _____

Schilddrüse: Überfunktion, Unterfunktion, Autoimmunerkrankung, Vergrößerung, Operation? _____

Herz: Beschwerden, Stechen, Druckgefühl, Infarkt, Beklemmung, Rhythmusstörungen? _____

Lunge: Bronchitis, häufig Husten? _____

Leber: Entzündung – Hepatitis – erhöhte Leberwerte? _____

Galle: Steine, Koliken, Operation, Druck im Oberbauch, Fettunverträglichkeit? _____

Magen: Völlegefühl, Gastritis, Appetitlosigkeit, Schmerzen, Sodbrennen? _____

Darm: Infektionen, Hämorrhoiden, Blinddarmoperation, Blähungen, Würmer als Kind?

Stuhlgang: täglich, jeden 2.3.4. Tag, unregelmäßig, übel riechend, Neigung zur Verstopfung / Durchfall, wechselhaft

Stuhl hell, dunkel, übel riechend, hart, knollig, schmierig, ich kann Stuhl nicht halten, Gefühl, nicht fertig zu werden?

Arme: Verletzungen, Schmerzen, Tennisellenbogen, Kribbeln, kalte Hände?

Beine: Schmerzen, Krampfadern, Verletzungen, kalte Füße, Kribbeln, Taubheitsgefühl? _____

Rücken: Beweglichkeit eingeschränkt, Verspannungen, Belastungen, Schmerzen?

Haut/Nägel: Verbrennungen, Geschwüre, Hautjucken, Warzen, Pilze, eingewachsene Nägel, Nagelbettentzündungen, Nägel brüchig, reißen ein?

Narben Haben Sie durch Operationen oder Verletzungen Narben?

0 Ja - 0 Nein

Gynäkologie: Ausfluss - Eierstockentzündungen, Ausschabungen, Fehlgeburten, Tumore, Zysten, Myome, Geschlechtskrankheiten?

Menstruation: Wann war (cirka) die erste Menses? _____ Wann die letzte?

Beschwerden vor - nach - während der Regel – welche? _____

Wechseljahres- Beschwerden?

Nehmen Sie Verhütungsmittel? Welche?

Prostata: vergrößert, Entzündungen gehabt, Beschwerden beim Wasserlassen etc.?

Niere/Blase: Nierensteine, Entzündungen –häufig? _____

Harn: viel, wenig, häufig, kann nicht halten, Geruch?

Sexualität: vermindert, verstärkt, unbefriedigt, Beschwerden beim Geschlechtsverkehr? _____

Meine Blutgruppe: _____

Rauchen Sie? Wenn ja – wie viele? _____

Auf einer Skala von 1-10 - wobei 10 optimal wäre - wie viel Energie haben Sie?

Wie viel Liter und was trinken Sie pro Tag? _____

Treiben Sie Sport? Welchen?

Schlaf: Schlaflosigkeit, häufiges Erwachen (Uhrzeit _____), Schwierigkeiten beim Einschlafen, Sprechen im Schlaf, Unruhe in den Beinen, Nachtschweiß, heiße Füße, Zähneknirschen? _____

Schlafzeit? Dauer? _____
Durchschnittliches zu Bett gehen? _____
Aufstehen? _____

Wo treten Schmerzen auf? _____

Bitte kennzeichnen:

- Kreuz - punktförmiger Schmerz
- Linie - unklare Schmerzlokalisierung
- Pfeil - ausstrahlender Schmerz

Schmerzskala für den Hauptschmerz

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
schwach mittel sehr stark

Seit wann haben Sie die Schmerzen? _____

Gab es ein auslösendes Ereignis? _____

Wie oft haben Sie die Schmerzen? Immer, mehrmals am Tag, alle paar Tage, wöchentlich, seltener _____

Wissen sie welche Ereignisse verschlimmern?
Körperliche Belastung, längeres Stehen, Sitzen, Gehen, Stress , Kälte, Wärme, Nahrungsmittel, Husten, Niesen, Tageszeit Wetterlage, Monatsblutung, Sonstiges _____

Welche Ereignisse verbessern? Ruhe, Schlaf, Bewegung, Kälte, Wärme, Sport, Schmerzmittel, Urlaub, Sonstiges _____

Essen Sie vegetarisch oder vegan? _____

Haben Sie Heißhunger, auf...? Salz / Süßes / Saures / Fettiges / Sonstiges _____

Besteht eine Laktose – Fruktose oder Glutenunverträglichkeit? _____

Welche Lebensmittel vertragen Sie nicht?

Gegen welche Lebensmittel besteht eine Abneigung?

Leiden Sie unter Ängsten? Alleinsein, Dunkelheit, Höhenangst, Krankheiten etc.

Sind Sie oft reizbar? _____

Leiden Sie unter anhaltendem Kummer? _____

Haben Sie finanzielle Sorgen? _____

Was ist Ihre größte Sorge im Leben? _____

Grollen Sie jemandem? _____

Was ist Ihr größter Wunsch? Welche Ziele haben Sie im Leben? _____

Zu guter Letzt:

Wenn möglich, beobachten Sie sich sehr genau bis zu unserem Termin selber.

Sollte das Problem sich verstärken notieren Sie sich bitte, was Sie an dem Tag bzw. kurz vorher gegessen und getrunken haben. Und notieren Sie sich Ihre Gedanken (auch wenn es ungewohnt ist) sowie Themen, die Sie an dem Tag beschäftigt haben.

Wenn Sie oben unter `Welches Ereignisse verschlimmern` lesen, sehen Sie was mir sonst noch wichtig ist.

Mailen Sie mir gerne einen Tag vor dem Termin Ihre Ergebnisse oder bringen Sie diese zum Termin mit.

Datenschutzerklärung

1. Wer ist für die Datenverarbeitung verantwortlich und an wen kann ich mich wenden?

Tanja Gatzke

Kettungsstraße 4a
65510 Idstein
0160 – 3556050 oder tanjahouse@gmail.com

2. Welche Daten werden genutzt?

Ich erhebe und speichere ausschließlich Daten, die für Behandlung und Abrechnung notwendig sind.

Dazu gehören:

Adressdaten (Name, Adresse / andere Kontaktdaten (Telefon, E-Mail-Adresse),
Geburtsdatum / –ort, Geschlecht)

Informationen über Ihren Gesundheitszustand, wie z.B. Informationen aus
Untersuchungen, Anamnesegesprächen, Laborergebnisse.

3. Zu welchem Zweck werden die Daten verarbeitet?

Therapeutische Behandlung und Absprache mit Ihnen, Rechnungsstellung,
Kontaktaufnahme zur Terminvereinbarung

4. Wer bekommt Ihre Daten?

Ich gebe Ihre Daten an niemanden Dritten weiter, es sei denn, ich bin gesetzlich
dazu verpflichtet:

5. Übermittlung der Daten an ein Drittland

Ich übermittele Ihre Daten ohne Ihre weitere Zustimmung nicht ins Ausland.

6. Wie lange werden Ihre Daten gespeichert?

Ich speicher Ihre Daten so lange, wie es die gesetzlichen Pflichten erfordern. Daten,
die sich aus Ihrer Behandlung ergeben, speichere ich im Rahmen des
Patientenrechtegesetzes 10 Jahre. Rechnungen halte ich nach geltendem
Steuerrecht ebenfalls 10 Jahre vor. Sind die Daten für die Erfüllung vertraglicher oder
gesetzlicher Pflichten nicht mehr erforderlich, werden diese regelmäßig gelöscht.

7. Welche Datenschutzrechte und Widerrufrechte bestehen für Sie?

Jede betroffene Person hat das Recht auf Auskunft nach Artikel 15 DSGVO, das
Recht auf Berichtigung nach Artikel 16 DSGVO, das

Recht auf Löschung nach Artikel 17 DSGVO, das Recht auf Einschränkung der
Verarbeitung nach Artikel 18 DSGVO, das Recht auf

Widerspruch aus Artikel 21 DSGVO sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit aus
Artikel 20 DSGVO. Darüber hinaus besteht ein

Beschwerderecht bei einer Datenschutzaufsichtsbehörde (Artikel 77 DSGVO i.V.m.
§19 BDSG). Eine erteilte Einwilligung in die Verarbeitung personenbezogener Daten
können Sie jederzeit mir gegenüber widerrufen.

Dies gilt auch für den Widerruf von Einwilligungserklärungen, die vor der Geltung der
EU-Datenschutz Grundverordnung, also vor dem 25. Mai 2018, mir gegenüber erteilt
worden sind.

Bitte beachten Sie, dass der Widerruf erst für die Zukunft wirkt.

Verarbeitungen, die vor dem Widerruf erfolgt sind, sind davon nicht betroffen.

8. Bereitstellung Ihrer Daten

Mit Ihrer Unterschrift verpflichten Sie sich, die zu Ihrer Behandlung und Abrechnung benötigten Daten bereitzustellen. Ohne diese Daten werde ich in der Regel den Abschluss des Vertrages / der Behandlung oder die Ausführung des Auftrages / der Behandlung ablehnen müssen oder einen bestehenden Vertrag nicht mehr durchführen können und ggf. beenden müssen.

Ich beachte die Datenschutzgesetzverordnung (DSGVO) und Ihre Rechte auf Auskunft, Berichtigung, Löschung, Sperrung und Widerspruchsrecht.

**Datenschutzrechtliche Einwilligung
in die Verarbeitung personenbezogener Daten**

Hiermit erteile ich, Herr/Frau

Vorname: _____

Name: _____

Geburtsdatum: _____

meine **Einwilligung** in die Verarbeitung meiner Gesundheitsdaten im Zusammenhang mit meiner Behandlung der datenschutzrechtlich verantwortlichen Heilpraktikerin für Psychotherapie

Tanja Gatzke

Kettungsstraße 4a

65510 Idstein.

Hiermit **bestätige** ich Folgendes:

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass die Verarbeitung meiner Daten zum Zweck der medizinischen Behandlung (Anamnese, Befunderhebung, Diagnose, Therapie, Nachsorge etc.) sowie aufgrund des zugrunde liegenden Behandlungsvertrags erforderlich ist.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass die Einwilligung die Verarbeitung sensibler Daten (Gesundheitsdaten) umfasst.

Die zur sachgerechten Information erforderlichen Angaben habe ich vor der Datenerhebung von der verantwortlichen Person mitgeteilt bekommen.

Meine Einwilligung erfolgt freiwillig. Mir ist bekannt, dass ich nicht verpflichtet bin, diese Einwilligung zu erteilen. Erteile ich diese Einwilligung nicht, entstehen mir hierdurch keine Nachteile. Ohne Einwilligung kann jedoch grundsätzlich keine Behandlung durch den Verantwortlichen erfolgen.

Den Inhalt der abgedruckten Widerrufsbelehrung habe ich vor Erteilung der Einwilligung zur Kenntnis genommen.

Ort, Datum Unterschrift der/des Patientin/Patienten

Widerrufsbelehrung

Diese Einwilligung kann jederzeit und ohne Angabe von Gründen widerrufen werden.

Die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung wird dadurch nicht berührt. Gesetzliche Erlaubnistatbestände bleiben von einem Widerruf der Einwilligung unberührt. Im Falle des Widerrufs ist eine

Tanja Gatzke, Heilpraktikerin für Psychotherapie

Fortsetzung der Behandlung durch den Verantwortlichen grundsätzlich nicht mehr möglich.

Die Einwilligung kann mündlich oder schriftlich widerrufen werden. Der Widerruf ist zu richten an:

Tanja Gatzke

Kettungsstraße 4a

65510 Idstein

0160 – 3556050 oder tanjahouse@gmail.com