



## ANAMNESE - FRAGEBOGEN

Name:	
Vorname:	
Geburtsdatum:	
Straße/ Hausnr.:	
PLZ / Ort:	
Beruf:	
Familienstand:	
Telefon privat:	
Telefon mobil:	
e-Mail:	
Kinder:	
Krankenkasse:	
Versicherten-Nr:	
Zusatzversicherung (Osteopathie/Heilpraktiker):	
Größe:	
Gewicht:	

Bei Minderjährigen Patienten bitte den Rechnungsempfänger mit Geburtsdatum angeben:	
--	--

Unter welchen Beschwerden leiden Sie:

---

---

---

---

---

---

---

Was war unmittelbar vor Auftreten der jetzigen Beschwerden? (z.B. eine Erkrankung, Kummer, Trauer, Schreck, Operation, Hautausschläge, Medikament, usw.)

---

---

---

---

Welche Krankheiten sind Ihnen in Ihrer Familie bekannt? Eltern, Großeltern, Urgroßeltern oder Geschwister? (z.B. Krebs, Tuberkulose, Geisteskrankheiten, Rheuma, Nierensteine, Gallensteine, Multiple Sklerose, Gicht, Allergien, Schuppenflechte, Neurodermitis, Migräne, etc.)

---

---

---

---

Welche Infektionskrankheiten haben Sie durchgemacht? (Masern, Mumps, Röteln, Keuchhusten, Windpocken, Scharlach, Tetanus, Kinderlähmung, Malaria, Salmonellose, Rur, Pfeiffersches Drüsenfieber, Gonorrhoe, Syphillis, Tropenkrankheiten, etc.)

---

---

---

Welche Auffrischimpfungen haben Sie bekommen? Bitte Impfausweis mitbringen.  
 (z.B. Tuberkulose, Polio, Diphtherie, Tetanus, Keuchhusten, Hepatitis, Zecken, etc.)

---



---



---

Gab es Reaktionen auf Impfungen ? (z.B. Fieber, Krämpfe, Unruhe, Schlaflosigkeit, Verhaltensänderung, etc.)

---



---

Haben Sie Allergien?

Pollen / wann? : \_\_\_\_\_

---

Lebensmittel? : \_\_\_\_\_

---



---

Sonstige? : \_\_\_\_\_

---



---

Beschwerden:

Kopf

Kopfschmerzen	Häufig, selten, Stirn- Augen- Schläfen- Hinterhauptregion, morgens, abends, halbseitig, links, rechts, doppelseitig
Haare	Haarausfall – kreisrunder, vereinzelt, seit wann:
Augen	Bindehautentzündung, kurzsichtig, weitsichtig, grauer Star
Ohren	Links/ rechts Tinnitus, seit:                      Schwerhörigkeit, seit:
Nase	Operationen, Nebenhöhlenentzündungen, behinderte Atmung
Mandeln	Operationen, häufige Mandelentzündung als Kind/ heute
Schilddrüse	Überfunktion, Unterfunktion, Vergrößerung, Operation

## Brust - Bauch

Herz	Beschwerden, Stechen, Druckgefühl, Infarkt, Beklemmungen, Rhythmusstörungen
Lunge	Bronchitis, häufiges Husten
Leber	Entzündung, Hepatitis
Galle	Steine, Koliken, Operationen, Druck im Oberbauch, Fettunverträglichkeit
Magen - Darm	Völlegefühl, Gastritis, Appetitlosigkeit, Nahrungsmittelallergien, Infektionen, Hämorrhoiden, Blinddarm
Stuhlgang	täglich, Verstopfung, Durchfall, Konsistenz:

## Unterleib – Gynäkologie

Gynäkologie	Ausfluss, Eierstockentzündungen, Ausschabungen, Tumore, Fehlgeburten, Zysten, Myome, Geschlechtskrankheiten, Endometriose
Verhütungsmittel	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja, welches?
Sexualität	Vermindert, verstärkt unbefriedigt, Beschwerden
Zyklus/ Blutungsqualität	regelmäßig, unregelmäßig, schmerzhaft, starke Blutung, schwache Blutung, Menopause,
Kinderwunsch	nein, ja (seit wann:            )
Prostata	Vergrößert, Beschwerden beim Wasserlassen, Operationen
Harn	viel, wenig, häufig, kann nicht halten, Geruch nach....
Niere/ Blase	Nierensteine, häufige Entzündungen

## Rücken – Arme – Beine – Haut

Arme	Verletzungen, Schmerzen, Tennisellenbogen, Kribbeln, kalte Hände
Beine	Verletzungen, Schmerzen, Krampfadern, Operationen, kalte Füße, Kribbeln, Taubheitsgefühl
Rücken	eingeschränkte Beweglichkeit, Verspannungen, Rheuma
Haut/ Nägel	Verbrennungen, Geschwüre, Hautjucken, Warzen, Pilze
Narben	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja, wo?

## Zähne – Kiefer

<p style="text-align: center;">Oberkiefer</p> <p style="text-align: center;">1 Schneidezahn</p> <p style="text-align: center;">2 Eckzahn</p> <p style="text-align: center;">3 kleiner Backenzahn = Prämolare</p> <p style="text-align: center;">4 grosser Backenzahn = Molar</p> <p style="text-align: center;">5</p> <p style="text-align: center;">6</p> <p style="text-align: center;">7</p> <p style="text-align: center;">oben rechts 1 2</p> <p style="text-align: center;">oben links 3 4</p> <hr/> <p style="text-align: center;">7 grosser Backenzahn = Molar</p> <p style="text-align: center;">6 kleiner Backenzahn = Prämolare</p> <p style="text-align: center;">5 Eckzahn</p> <p style="text-align: center;">4 Schneidezahn</p> <p style="text-align: center;">3</p> <p style="text-align: center;">2</p> <p style="text-align: center;">1</p> <p style="text-align: center;">unten rechts 1 2</p> <p style="text-align: center;">unten links 3 4</p> <p style="text-align: center;">Unterkiefer</p>	<p>Haben Sie Füllungen? <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> Amalgam <input type="radio"/> Kunststoff <input type="radio"/> Keramik <input type="radio"/> Gold</p> <p>Wurde Amalgam entfernt? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein</p> <p>Wurde eine Amalgamausleitung durchgeführt? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein</p> <p>Hatten Sie bereits Wurzelbehandlungen? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein</p> <p>Falls Sie wissen, welcher Zahn behandelt wurde, bitte im Bild nebenan markieren.</p> <p>Sonstiges: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
--	---

## Ernährung:

<b>Verlangen</b>	nach süß, sauer, pikant, salzig, Fleisch, Eier, Obst, Nikotin, Alkohol
<b>Abneigung</b>	gegen süß, sauer, pikant, salzig, Fleisch, Eier, Fisch, Alkohol

Leben Sie nach bestimmten Ernährungsrichtlinien? Falls ja, welche?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Meine Nahrungsmittel: (z.B. Milchprodukte, Weißmehlprodukte, Eier, Gemüse, Zucker...)

morgens	
mittags	
abends	
nachts	

## Allgemeines :

Was machen Sie selbst, um Ihre Gesundheit günstig zu beeinflussen?

---

---

---

Treiben Sie Sport?  nein

ja/ Sportart : \_\_\_\_\_

---

Schlafzeit von: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_

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

Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit ein? (Bitte Beipackzettel mitbringen. Auch Nahrungsergänzungsmittel angeben.)

---

---

---

Chronologie der Krankengeschichte. Bitte erfassen Sie alle bisherigen Erkrankungen und Operationen.

---

---

---

---

---

Was erwarten Sie von unserer Behandlung? \_\_\_\_\_

---

---

## **Heilpraktiker – Behandlungsvertrag**

Der Heilpraktiker Carsten Jung

und Herr / Frau \_\_\_\_\_

schließen folgende Heilpraktiker – Behandlungsübereinkunft

### **Punkt 1 Vertragsgegenstand:**

Vertragsgegenstand ist eine heilpraktikertypische heilkundliche Behandlung des Patienten. Die Heilpraktikerbehandlungen umfassen unter anderem auch wissenschaftlich/ schulmedizinisch nicht anerkannte – naturheilkundliche – Heilverfahren.

### **Punkt 2 Honorar:**

Das Honorar ist unmittelbar fällig und innerhalb von 14 Tagen nach Rechnungsstellung zu zahlen. Wird keine Rechnung gewünscht, ist das Honorar in bar gegen Quittung zu zahlen.

### **Punkt 3 Hinweise:**

- a) Heilpraktiker nehmen nicht am System der gesetzlichen Krankenkassen teil. Gesetzlich Krankenversicherte erhalten deshalb grundsätzlich keine Erstattung der Behandlungskosten seitens ihrer Krankenkasse. Über etwaige Ausnahmen informieren Sie sich bitte bei Ihrer Krankenkasse vor Aufnahme der Behandlung.  
Mitglieder privater Krankenversicherungen, privat zusatzversicherte und beihilfeberechtigte Patienten können einen Erstattungsanspruch ihrer Behandlungskosten gegenüber ihrer Versicherung haben. Das Erstattungsverfahren hat der Patient gegenüber seiner Versicherung eigenverantwortlich durchzuführen. Die Erstattungen sind in der Regel auf die Sätze des Gebührenverzeichnisses beschränkt. Etwaige Differenzen zwischen Gebührenverzeichnis und Heilpraktiker-Honorar sind vom Patienten zu tragen.  
Die Ergebnisse sämtliche Erstattungsverfahren haben keinen Einfluss auf das vereinbarte Heilpraktiker-Honorar. Der Honoraranspruch des Heilpraktikers ist vom Patienten unabhängig von jeglicher Versicherungs- und/oder Beihilfeleistung in voller Höhe zu begleichen.
- b) Heilpraktiker dürfen keine verschreibungspflichtigen Medikamente verordnen.
- c) Die behandlungsrelevanten persönlichen Angaben und medizinische Befunde des Patienten werden in einer Patientenakte erhoben und gespeichert.
- d) Die Praxis wird nach dem Bestellsystem geführt. Dies bedeutet, dass die mit dem Patienten vereinbarte Zeit auch ausschließlich für diesen reserviert ist, wodurch in der Regel lange Wartezeiten erspart bleiben. Dies bedeutet jedoch auch, dass vereinbarte Termine, die nicht eingehalten werden können, spätestens 24 Stunden vorher abzusagen sind, damit die reservierte Zeit noch anderweitig verplant werden kann. Diese Vereinbarung dient nicht nur der Vermeidung von Wartezeiten im organisatorischen Sinne, sondern begründet zugleich beiderseitige vertragliche Pflichten. So kann dem Patienten, der den Termin nicht rechtzeitig absagt, die vorgesehene Zeit und die Vergütung bzw. die ungenutzte Zeit in Rechnung gestellt werden. Dies gilt selbstverständlich nicht, wenn den Patienten an der Versäumnis kein Verschulden trifft.

## **Punkt 4 Datenschutz**

Der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten ist für uns sehr wichtig. Nach der DSGVO (EU-Datenschutz-Grundverordnung) sind wir verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck unsere Praxis Daten erhebt, speichert, weiterleitet oder sonst verarbeitet. Der Information können Sie auch entnehmen, welche Rechte Sie haben.

Verantwortliche Person für die Datenverarbeitung ist: Carsten Jung  
Ostendstr. 196  
90482 Nürnberg  
Tel.: 0911-3683859

Zuständiger Datenschutzbeauftragter ist: Bay. Landesamt für Datenschutzaufsicht  
Promenade 27  
91522 Ansbach

Die Datenverarbeitung erfolgt, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und Ihrem Heilpraktiker erfüllen zu können.

Wir verarbeiten Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Ihrer Gesundheitsdaten. Dazu zählen Anamnesen, Diagnosen, Therapieempfehlungen und Befunde, die wir oder andere Behandlungspersonen (Ärzte/ Heilpraktiker usw.) erheben, bzw. erhoben haben. Zu diesen Zwecken können uns auch andere Ärzte, Heilpraktiker 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 erhoben oder bereitgestellt, kann eine sorgfältige Behandlung durch unsere Praxis nicht erfolgen.

Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder wenn Sie hierzu Ihre Einwilligung erteilt haben.

Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten können vor allem andere Heilpraktiker/ Ärzte/ Psychotherapeuten/ Physiotherapeuten, Krankenversicherungen, Labore und Verrechnungsstellen sein.

Die Übermittlung erfolgt überwiegend zum Zwecke der Abrechnung der bei Ihnen erbrachten Leistungen. Im Einzelfall kann die Übermittlung von Daten an weitere berechnete Empfänger erfolgen.

Wir bewahren Ihre personenbezogenen Daten nur solange auf, wie dies für die Durchführung der Behandlung erforderlich ist. Aufgrund rechtlicher Vorgaben sind wir allerdings dazu verpflichtet, diese Daten mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren (§630 f BGB). Nach anderen Vorschriften können sich längere Aufbewahrungsfristen ergeben, zum Beispiel 30 Jahre bei Röntgenaufzeichnungen laut Paragraph 28 Absatz 3 der Röntgenverordnung.

Sie haben das Recht, über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten Auskunft zu erhalten und können 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.

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist Art. 9 Abs. 2 h DSGVO i.V.m. § 22 Abs. 1 Nr.1 b BDSG, Art. 6 Abs. 1 b DSGVO.

Sollten Sie Fragen haben, können Sie sich gerne an uns wenden, Ihr Praxisteam C. Jung

---

Ort, Datum

---

Unterschrift Patient / bzw. Erziehungsberechtigter