

# Anamnesebogen

## A) Allgemeine Angaben zur Person und zur Abrechnung

Nachname, Vorname:

---

Geburtsdatum:

---

Straße, Hausnummer:

---

PLZ, Ort

---

Geschlecht:

Telefonnummer:

---

Beruf:

E-Mail Adresse:

---

Aktuelles Gewicht:

Körpergröße:

---

Krankenversicherung:  Gesetzlich  Privat  Beihilfe

## B) Ihre Ziele

Was wollen Sie verbessern?:

---

---

Was erwarten Sie von meiner Therapie/Behandlung?

---

---

Bisherige Versuche, die Ziele zu erreichen:

---

---

Wann war Ihr letzter Arzt-/Heilpraktikerbesuch? \_\_\_\_\_

Weshalb? \_\_\_\_\_

Welche Diagnosen/Erkrankungen wurden ärztlicherseits festgestellt?

---

# Anamnesebogen

## C) Angaben zum aktuellen Gesundheitszustand

### Leiden oder litten Sie an einer der folgenden Erkrankungen?

|                                   |                          |                           |                          |
|-----------------------------------|--------------------------|---------------------------|--------------------------|
| Diabetes mellitus                 | <input type="checkbox"/> | Bluthochdruck             | <input type="checkbox"/> |
| Schilddrüsenerkrankung            | <input type="checkbox"/> | Angina pectoris           | <input type="checkbox"/> |
| Lebererkrankung                   | <input type="checkbox"/> | Sonstige Herzerkrankungen | <input type="checkbox"/> |
| Nierenerkrankung                  | <input type="checkbox"/> | Durchblutungsstörungen    | <input type="checkbox"/> |
| erhöhte Blutfettwerte             | <input type="checkbox"/> | Krampfadern               | <input type="checkbox"/> |
| erhöhte Harnsäurewerte (Gicht)    | <input type="checkbox"/> | Krebserkrankung           | <input type="checkbox"/> |
| Infektionen (Hepatitis, HIV etc.) | <input type="checkbox"/> | Übergewicht               | <input type="checkbox"/> |
| Rheuma                            | <input type="checkbox"/> | Lungenerkrankungen        | <input type="checkbox"/> |
| Gallensteine                      | <input type="checkbox"/> | Asthma                    | <input type="checkbox"/> |
| Arthrose                          | <input type="checkbox"/> | Bandscheibenvorfall       | <input type="checkbox"/> |
| Schmerzen Halswirbelsäule         | <input type="checkbox"/> | Epilepsie                 | <input type="checkbox"/> |
| Augenerkrankungen                 | <input type="checkbox"/> | Psychische Erkrankung     | <input type="checkbox"/> |
| Darmerkrankung                    | <input type="checkbox"/> | Hämorrhoiden              | <input type="checkbox"/> |
| Erkrankung des Magens             | <input type="checkbox"/> | Allergie/Intoleranz       | <input type="checkbox"/> |

sonstige hier nicht aufgeführte Erkrankungen:

---

---

### Nehmen Sie regelmäßig Medikamente, hormonelle Verhütung oder Nahrungsergänzungen (auch Vitamine)?

ja  nein

Wenn ja, listen Sie Ihre Medikamente, hormonelle Verhütung und/oder Nahrungsergänzungen bitte mit Angabe der Menge und Dosierung auf:

1.

---

2.

---

3.

---

### Leiden Sie an Medikamentenunverträglichkeiten oder Allergien gegen Medikamente?

ja  nein

Wenn ja, listen Sie die Medikamente bitte auf:

1.

---

2.

---

3.

---

# Anamnesebogen

Wurden bei Ihnen Operationen durchgeführt oder gab es Unfälle?

---

---

## Allgemeine Informationen/Lebensweise:

Rauchen Sie? Wenn ja, wieviele Zigaretten/Tag?  ja  nein

Machen Sie mehr als einmal die Woche Sport?  ja  nein

Nehmen Sie gelegentlich oder regelmäßig Drogen?  ja  nein

Bei weiblichen Personen: Sind Sie schwanger?  ja  nein

Welches chronischen/bösartigen Erkrankungen gibt es in Ihrer Familie (z.B. Bluthochdruck, Krebserkrankungen, Diabetes, Neurodermitis, Allergien, Epilepsie, Schilddrüsenerkrankungen etc.?)

---

---

Wie schätzen Sie Ihre Ernährung derzeit ein?

sehr gesund  gesund  nicht sonderlich gesund  ungesund

Wie viel Wasser trinken Sie pro Tag?

weniger als 1 Liter  ca. 1 Liter  ca. 1,5 Liter  mehr als 2 Liter

Wie häufig trinken Sie durchschnittlich Alkohol?

täglich  3x pro Woche  1x pro Woche  2x pro Monat  selten  nie

Leben Sie vegan, vegetarisch oder ernähren Sie sich nach einer bestimmten Vorgabe?

ja  nein

## Frauengesundheit - Menstruation und Schwangerschaft

Anzahl Schwangerschaften:

Anzahl Geburten:

Erste Monatsblutung:

Letzte Monatsblutung:

Pille/Spirale/Verhütungsring?:

ja  nein

Monatsblutung:

Regelmäßig  Unregelmäßig  Starke Schmerzen  Starke Blutung  Geringe Blutung

Weitere Beschwerden im Rahmen der Monatsblutung:

---

---

Gynäkologische Erkrankungen? Falls ja, welche:

---

---

# Anamnesebogen

Sonstiges, worüber Sie mich gerne informieren möchten:

---

---

## Datenschutz

Ich willige der Erhebung, der elektronischen Speicherung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten unter Beachtung der einschlägigen Vorschriften der nationalen Datenschutzgesetze sowie der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) ein.

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

## Einverständniserklärung

Bitte ankreuzen, wenn zutreffend:

Ich bin damit einverstanden, dass ich per Newsletter über aktuelle Gesundheits- und Praxisthemen informiert werde.

Ich wurde von Frau Karpe über die voraussichtlichen Kosten in Höhe von ca. 130 € pro Behandlungseinheit (60 Minuten) und ca. 110 € pro Erstgespräch (60 Minuten) vorab informiert.

Ich wurde zudem darüber informiert,

- dass die gesamten Kosten von einer gesetzlichen Krankenversicherung **nicht** übernommen werden
- dass die Kosten von einer eventuell bestehenden privaten Krankenversicherung, privaten Zusatzversicherung und/oder Beihilfestelle möglicherweise **nicht oder nur teilweise** übernommen werden
- dass die entstehenden Untersuchungs- und Behandlungskosten unabhängig von Versicherungs- und/oder Beihilfeleistungen in voller Höhe an Frau Karpe zu bezahlen sind.

**Hinweis:** Falls Sie einen Termin einmal nicht einhalten können, bitte ich Sie, diesen frühestmöglich oder bis spätestens 24 h vorher abzusagen. Da ich ausreichend Zeit für Vorbereitung und Behandlung für Sie reserviere, behalte ich mir vor, bei Nichterscheinen ein Ausfallshonorar in Höhe von 70,- Euro pro Termin in Rechnung zu stellen.

Vielen Dank für Ihr Verständnis.

---

Datum

Name, Vorname

Unterschrift