



**Liebe Patientin, lieber Patient, liebe Eltern,**

vielen Dank, dass Sie mir Ihr Vertrauen schenken und sich zur Behandlung in meine Praxis begeben haben. Ich werde stets bemüht sein, Ihren Wünschen und Bedürfnissen nachzukommen und freue mich auf eine gute Zusammenarbeit.

**Vorab noch einige Informationen zu Ihrer freundlichen Kenntnisnahme:**

In meiner Praxis werden Termine nach dem Bestellsystem vergeben. Da ich mir für Sie genügend Zeit lassen möchte, sind Ihre Termine ausschließlich für Sie reserviert. Deshalb ist ein Termin bei Verhinderung spätestens 24 Stunden zuvor telefonisch abzusagen. Andernfalls erlaube ich mir, Ihnen das Behandlungshonorar in Rechnung zu stellen.

Um die Behandlungskosten nicht unnötig durch ein aufwendiges Rechnungs- und Mahnwesen zu verteuern, bitte ich an jedem Behandlungstag um Barzahlung oder Zahlung per EC-Karte. Sie erhalten selbstverständlich jederzeit eine Rechnung zur Abrechnung mit Ihrer privaten Krankenversicherung, Beihilfestelle bzw. zur Vorlage beim Finanzamt. Das papierlose Büro wird es nicht geben, aber unseren kleinen Beitrag in Richtung CO<sub>2</sub>-Sparen möchten wir beitragen. Deshalb erhalten Sie Ihre Rechnung auf elektronischem Wege bequem in Ihrem E-Mail-Postfach. Wenn Sie dies nicht wünschen, geben Sie uns bitte bescheid.

Ich weise Sie hiermit darauf hin, dass einige meiner Diagnose- und Behandlungsmethoden nicht Bestandteil der leider stark veralteten Gebührenordnung für Heilpraktiker sind, dennoch erklären Sie sich bereit, mein Honorar zu bezahlen, unabhängig von der vollständigen Erstattung durch Ihre Versicherung oder Beihilfe. Bitte sehen Sie dies als sinnvolle Investition in Ihre Gesundheit.

**Diese Informationen habe ich gelesen und bin damit einverstanden:**

Termin:\_\_\_\_\_ Name\_\_\_\_\_ Vorname\_\_\_\_\_ Geb:\_\_\_\_\_

Adresse:\_\_\_\_\_

Tel/Fax\_\_\_\_\_ Email\_\_\_\_\_

Versicherung\_\_\_\_\_

Kreuzen Sie hier an, wenn Sie meinen Newsletter mit Informationen über Veranstaltungen, Vorträge, Kurse und Seminare per Email erhalten möchten [  ]

Datum und Unterschrift\_\_\_\_\_



## Datenschutzrechtliche Einwilligung in die Verarbeitung personenbezogener Daten eines Kindes

Hiermit erteile ich

Name\_\_\_\_\_ Vorname\_\_\_\_\_ Geb:\_\_\_\_\_

als Träger der elterlichen Verantwortung meine **Einwilligung** in die Verarbeitung der Gesundheitsdaten von

Name\_\_\_\_\_ Vorname\_\_\_\_\_ Geb:\_\_\_\_\_

im Zusammenhang mit der Behandlung dieses Kindes in der Praxis der datenschutzrechtlich verantwortlichen Heilpraktikerin: Vera Kaesemann, Moorweidenstraße 8, 20148 Hamburg

Kreuzen Sie hier an, wenn Sie meinen Newsletter mit Informationen über Veranstaltungen, Vorträge, Kurse und Seminare per Email erhalten möchten [  ]

Hiermit **bestätige** ich Folgendes:

- Ich bin darauf hingewiesen worden, dass die Verarbeitung der Daten des Kindes 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 des Trägers der elterlichen Verantwortung

### 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 Fortsetzung der Behandlung durch den Verantwortlichen grundsätzlich nicht mehr möglich.

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

Vera Kaesemann, Moorweidenstraße 8, 20148 Hamburg, Tel.: +49 (0) 40 / 44 506 777



## Anamnesebogen

Name	_____	Geburtstag	_____
Vorname	_____	Geburtsort	_____
Straße	_____	Geburtszeit	_____
PLZ/ Ort	_____	Tel. privat	_____
Geschwister	_____	Tel. geschäftl.	_____
Fax	_____	E- Mail	_____

Wer hat uns empfohlen? \_\_\_\_\_

Versicherung \_\_\_\_\_

Liebe Eltern,

bitte nehmen Sie sich genug Zeit zum Durcharbeiten und Ausfüllen dieses Fragebogens. Gemeinsam mit dem Anamnesegespräch ist er die Grundlage für die Behandlung Ihres Kindes nach den Regeln der Klassischen Homöopathie. Bei den Beispielen genügt es zu unterstreichen, Sie können jedoch auch gerne ergänzende Worte zum Krankheitsverlauf oder zur Krankengeschichte aufschreiben. Nicht nur die aktuellen Beschwerden, sondern alle schon früher aufgetretenen Krankheiten und Störungen sind von Bedeutung. Auch wenn etwas für Sie noch so unwichtig erscheint, bitte erwähnen Sie es.

### Bitte bringen Sie folgende Dinge mit:

- Alle ärztlichen und zahnärztlichen Befunde (sofern sie nicht älter als 12 Monate sind)
- Impfpass
- Gelbes Untersuchungsheft
- Diesen ausgefüllten Anamnesebogen
- Beipackzettel der Medikamente, die Ihr Kind zur Zeit einnimmt
- Ein Foto

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit und das uns entgegen gebrachte Vertrauen!



---

Unter welchen Beschwerden leidet Ihr Kind?

(z.B. auch: Wo die Beschwerden sind, seit wann, also auch: zu welcher Zeit, wodurch besser oder schlechter usw.)

---

---

Was war unmittelbar vor dem ersten Auftreten der jetzigen Beschwerden?

(z.B. eine Erkrankung, Kummer, Trauer, Schock, Ärger, Sorgen, Unfall, Impfung, Operation, Umzug, Schulwechsel usw.)

---

---

Nimmt Ihr Kind zur Zeit Medikamente oder Nahrungsergänzungsmittel ein? Welche?

(Bitte Beipackzettel mitbringen.)

---

Hat Ihr Kind jemals Antibiotika oder Cortison eingenommen? Wann? Warum?

---

Welche Krankheiten in Ihrer Familie sind Ihnen bekannt?

Auffällige, schwere, immer wiederkehrende und chronische Erkrankungen.

(z.B. hoher Blutdruck, Schlaganfall, Herzinfarkt, Gefäßkrankheiten, Übergewicht, Zuckerkrankheit (Diabetes), Gicht, Geisteskrankheiten, Epilepsie, Tuberkulose, Steinkrankheiten, Krebs, Suchtkrankheiten, Geschlechtskrankheiten, Allergien, Neurodermitis, Schuppenflechte usw.)

Mutter:

---

Vater:

---

Großeltern mütterlicherseits:

---

Großeltern väterlicherseits:

---

Geschwister, Onkel, Tanten:

---



Schwangerschaft und Geburt:

(z.B. Untersuchungen (Ultraschall, Fruchtwasser usw.), Verlauf der Schwangerschaft (Übelkeit, Erbrechen, vorzeitige Wehen usw.), Medikamente oder Nahrungsergänzungsmittel in der Schwangerschaft und während der Geburt, Erkrankungen, Unfälle, Ängste, Aufregung, Fehl-, Früh-, Totgeburten, Nikotin, Alkohol, Drogen, Blutungen, Entbindung termingerecht, Narkose, PDA, Lage des Kindes, Saugglocke, Zange, Kaiserschnitt usw.)

---

---

---

Neugeborenenperiode:

(z.B. Apgar, Sauerstoffmangel, Farbe, Nabelschnur, Blutungen, Brüche, Gelbsucht, Nabelbruch, Leistenbruch, Storchenbiss, auffällige Behaarung, Nabelentzündung, Schiefhals, Stillprobleme, Stilldauer, Medikamente während der Stillzeit (auch die Mutter), Speikind, Blähungen usw.)

---

---

---

Welche Impfungen hat Ihr Kind bekommen?

---

Hat es Reaktionen auf die Impfungen gegeben?

(z.B. Fieber, Unruhe, Krämpfe, Schlaflosigkeit, vermehrtes Schlafbedürfnis, Hautveränderungen, Magen- Darm Beschwerden, Schreianfälle, Verhaltensauffälligkeiten usw.)

---

Entwicklung im ersten Lebensjahr:

(z.B. Zahnungsbeschwerden, wann konnte Ihr Kind den Kopf heben, sitzen, krabbeln, laufen, wann hat es durchgeschlafen usw.)

---

Sprachentwicklung:

(z.B. Stottert oder lispelt Ihr Kind? Sonstige Auffälligkeiten:)

---



Sauberkeitsentwicklung:  
Tags, nachts usw.

---

Welche Infektionskrankheiten/ Kinderkrankheiten hat Ihr Kind durchgemacht? In welchem Alter?  
Hat es Medikamente bekommen?

---

Rechtshänder     Linkshänder

Friert Ihr Kind leicht oder ist es ein ausgesprochen warmes/ schwitziges Kind?

---

Wie werden See-, Auto-, Flug- und Bahnreisen vertragen?

---

Haben Sie bei Ihrem Kind einen besonderen Geruch wahrgenommen, mit oder ohne Absonderungen  
(z.B. sauer, fischig, muffig, übelriechend)? Wann? Wo am Körper?

---

Trägt Ihr Kind enganliegende Kleidung, Kragen, enge Gürtel, Lätzchen?

---

Gibt es eine auffällige Seitenbetonung?

---

Gab es Unfälle, Knochenbrüche, Gehirnerschütterung, Operationen, Krankenhausaufenthalte?

---

Gibt es Reaktionen auf unterschiedliche Witterungen, Jahreszeiten, den Mond?

---



Reagiert Ihr Kind schnell mit Fieber? Wann? Wie hoch? Gab es einen Fieberkrampf?

---

Kopf:

(z.B. Kopfschmerzen, Migräne, Schwindel, Nasennebenhöhlenentzündungen usw.)

---

Augen:

(z.B. Rötung, Juckreiz, Brennen, Lichtempfindlichkeit, Tränenfluss, Bindehautentzündung, Gerstenkorn, Ringe unter den Augen, Brillenträger usw.)

---

Nase:

(z.B. Trockenheit, Niesreiz, Schnupfen, Heuschnupfen, Polypen, Geruchsempfindlichkeit, Nasenbluten usw.)

---

Ohren:

(z.B. Mittelohrentzündung (welche Seite?), Schwerhörigkeit, Paukenröhrchen, Geräuschempfindlichkeit, Ohrenschmalz, werden Ohringe vertragen usw.)

---

Mund:

(z.B. Geschmack, Geruch, Trockenheit, Speichelfluss, Aphten, Herpes, Risse in den Lippen/ Mundwinkeln, Farbe/ Belag der Zunge, Soor usw.)

---

Zähne:

(z.B. Zahnungsbeschwerden, Amalgamfüllungen, tote Zähne, Karies usw.)

---

Hals/ Kehlkopf:

(z.B. Mandelentzündung (welche Seite?), Heiserkeit, Pseudokrapp usw.)

---



Lunge:

(z.B. Husten, Bronchitis, Auswurf, Lungenentzündung, Asthma usw.)

---

Bewegungsapparat:

(z.B. Schmerzen, Steifigkeit, Krämpfe, Brüche, kalte Hände/ Füße, schwitzige Hände/ Füße, Wirbelsäulenveränderungen, Stolperneigung usw.)

---

Magen- Darm-Trakt:

(z.B. Aufstoßen, Sodbrennen, Übelkeit, Erbrechen, Appetitlosigkeit, Blähungen, Koliken, Verstopfung, Durchfall, Würmer, Juckreiz am After, Windeldermatitis usw.)

---

Stuhlgang:

[ ] Täglich [ ] jeden \_\_\_\_ Tag.

Farbe \_\_\_\_\_ Konsistenz \_\_\_\_\_ Geruch \_\_\_\_\_

---

Urogenitaltrakt:

(z.B. Schmerzen, Juckreiz, Blasen-/ Nierenentzündung, Urinmenge, Farbe, Geruch usw.)

---

Genitalien:

Bei Jungen: Hodenhochstand, Phimose.

Bei Mädchen: Ausfluss, erste Menstruationsblutung, Menstruationsbeschwerden usw.)

---

Haut:

(z.B. Trocken, fettig, Rötungen, Brennen, Juckreiz, Akne, Ekzeme, Herpes, Warzen, Allergien, Neurodermitis, Narben, Muttermale, Reaktionen auf Insektenstiche, Neigung zu blauen Flecken, Wundheilung usw.)

---

Haare:

(z.B. Haarwuchs, Haarausfall, Geruch, Milchschorf, Schuppen, Läuse, Schweiß usw.)

---





Nägel:

(z.B. Flecken, Rillen, Nagelbettentzündung, eingewachsene Nägel, Nägelkauen usw.)

---

Schlaf:

(z.B. Schlaflosigkeit, häufiges Erwachen, Schwierigkeiten beim Einschlafen, Sprechen im Schlaf, Alpträume, Zähneknirschen, Nachtschweiße, offener Mund, Bettnässen, Schlaflage, Schlafzeit usw.)

---

Appetit:

(z.B. Keinen, wenig, viel, Heißhunger, Essstörungen usw.)

---

Nahrungsmittelverlangen/ Lieblingsessen:

---

Nahrungsmittelabneigung:

---

Durst:

Keinen, viel, wenig, freiwillige Trinkmenge pro Tag \_\_\_\_\_,

Was trinkt Ihr Kind gerne?

---

Schweiß:

(z.B. Keinen, wenig, viel, wann, wo, an welchen Körperstellen, Geruch usw.)

---

Stimmung, Temperament:

(z.B. Ausgeglichen, fröhlich, exaltiert, traurig, depressiv, weinerlich, mutig, zurückhaltend, lebhaft, nervös, einsam, gesellig, offen, schüchtern usw.)

---



Wovor hat Ihr Kind Angst?

(z.B. Dunkelheit, Hunde, Katzen, Spinnen, Schlangen, Insekten, Geister, Räuber, Höhe, Wasser, Gewitter, Prüfungen, Spritzen usw.)

---

Soll ich während der Anamnese ein bestimmtes Thema nicht ansprechen?

---

Wollen Sie im Anschluss alleine mit mir reden/ telefonieren?

---