



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 CO₂-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

Hiermit erteile ich

Name_____ Vorname_____ Geb:_____

meine Einwilligung in die Verarbeitung meiner Gesundheitsdaten im Zusammenhang mit meiner Behandlung in der Praxis der datenschutzrechtlich verantwortlichen Heilpraktikerin:
Vera Kaesemann, Moorweidenstraße 8, 20148 Hamburg

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 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 Patientin, lieber Patient,

bitte nehmen Sie sich genug Zeit zum Durcharbeiten und Ausfüllen dieses Fragebogens. Bei den Beispielen genügt es zu unterstreichen; Sie können jedoch auch gerne ergänzende Worte zum Krankheitsverlauf oder zur Krankengeschichte aufschreiben. Für eine homöopathische Anamnese sind alle Einflüsse von Bedeutung, z.B. was bessert sich, was verschlechtert sich, wann erstmalig aufgetreten usw. Auch wenn etwas für Sie noch so unwichtig erscheint, erwähnen Sie es bitte.

Bitte bringen Sie folgende Dinge mit:

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

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



Unter welchen Beschwerden leiden Sie?

(z.B. auch wo sind die Beschwerden, seit wann, wie, zu welcher Zeit treten sie auf, wodurch bessern oder verschlechtern diese sich)

Was war unmittelbar vor dem ersten Auftreten der jetzigen Beschwerden?

(z.B. eine Erkrankung, Kummer, Trauer, Schock, Ärger, Sorgen, Unfall, usw.)

Nehmen Sie zur Zeit Medikamente oder Nahrungsergänzungsmittel ein? Welche?

(Bitte bringen Sie die Beipackzettel mit)

Haben Sie im letzten Jahr Antibiotika und/oder Cortison eingenommen? Wenn ja, warum?

Welche Krankheiten sind in Ihrer Familie bekannt?

(z.B. Gefäßkrankheiten, Allergien, Krebs, Übergewicht, Zuckerkrankheiten, Geisteskrankheiten, Tuberkulose, Hautkrankheiten, Gicht, usw.)

Welche Impfungen haben Sie bekommen?

(Bringen Sie bitte Ihren Impfpass mit)

Hat es Reaktionen auf die Impfungen gegeben?

(z.B. Fieber, Hautveränderungen, Magen-Darm-Beschwerden, Unruhe, Schlaflosigkeit, Verhaltensänderungen, usw.)



Welche Infektionskrankheiten haben Sie durchgemacht?

(z.B. Masern, Mumps, Röteln, Keuchhusten, Scharlach, Windpocken, Tropenkrankheiten, Tuberkulose, Geschlechtskrankheiten, usw.)

Gibt es Allergien? Wenn ja, welche?

Kopf

(z.B. Kopfschmerzen, Schwindel, Benommenheit, usw.)

Augen

(z.B. Rötungen, Juckreiz, Brennen, Lichtempfindlichkeit, Kurzsichtigkeit, Weitsichtigkeit, usw.)

Nase

(Trockenheit, Niesreiz, Schnupfen, usw.)

Ohren

(z.B. Mittelohrentzündung, Schwerhörigkeit, Tinnitus, usw.)

Mund

(z.B. Geschmack, Trockenheit, Speichelfluss, Aphten, usw.)

Zähne

(z.B. Zahnbeschwerden, Amalganfüllungen, tote Zähne, Kunststoffe, Gold, Keramik, usw.)



Hals

(z.B. Mandelentzündung, Mandel-OP, usw.)

Schilddrüse

(z.B. Überfunktion, Unterfunktion, Druck-/Kloßgefühl, usw.)

Lunge

(z.B. häufiges Husten, Bronchitis, Schmerzen, Auswurf, Asthma, usw.)

Herz

(z.B. Druckgefühl, Stechen, Brennen, Beklemmungen, Infarkt, Angina pectoris, usw.)

Leber – Galle

(z.B. Druck/Völlegefühl im rechten Oberbauch, Gallensteine, Gallenblasenentzündung, Hepatitis, Fettverträglichkeit, usw.)

Bewegungsapparat

(z.B. Stechen, Ziehen, Steifigkeit, Kribbeln, Taubheitsgefühl, Krämpfe, kalte Hände/Füße, Gelenkbeschwerden, Krampfadern, Venenentzündungen, Durchblutungsstörungen, Rheuma, usw.)

Rücken

(z.B. Hexenschuss, Ischias, Verspannungen, Wirbelsäulenveränderungen, usw.)

Magen-Darm-Trakt

(z.B. Aufstoßen, Sodbrennen, Übelkeit, Erbrechen, Appetitlosigkeit, Blähungen, Koliken, Verstopfungen, Durchfall, Hämorrhoiden, usw.)



Stuhlgang

(z.B. hell, dunkel, fettig, breiig, pastenartig, blutig, übelriechend, geformt, knollig, hart, trocken, dünn, bleistiftdünn, wässrig, schmerzhaft, usw.)

[] Täglich [] jeden_____Tag

Urogenitaltrakt

(z.B. Stechen, Brennen, Juckreiz, Schmerzen, Entzündungen, usw.)

Urin

(wenig/viel/oft/Geruch/Farbe, usw.)

Gynäkologie

(z.B. Ausfluss, Eierstockentzündung, Zysten, Myom, Condylome, Geschlechtskrankheiten, Tumore, Operationen, Fehlgeburten, Ausschabungen, Wechseljahresbeschwerden, usw.)

Menses

(z.B. stark, schwach, kurz, lang, hell, dunkel, braun, klumpig, schmerzhaft vor oder während der Menstruation, Abstand der Regelblutungen, wann war die erste Regelblutung_____, wann war die letzte Regelblutung _____?)

Wie verhüten Sie?

Sexualität

(z.B. vermindert, verstärkt, unbefriedigt, Beschwerden beim Verkehr, usw.)

Prostata

(z.B. Vergrößerung, Beschwerden beim Wasserlassen, Brennen, „Nachträufeln“, Entzündungen, usw.)



Haut

(z.B. trocken, fettig, Rötungen, Brennen, Juckreiz, Akne, Ekzeme, Herpes, Warzen, Allergien, Neurodermitis, Narben, Pilze, Geschwüre, usw.)

Haare

(z.B. Haarwuchs schnell/langsam, Haarausfall, usw.)

Nägel

(z.B. fleckig, spröde, gerillt, weisse Flecken, usw.)

Schlaf

(z.B. Schlaflosigkeit, häufiges Erwachen, Schwierigkeiten beim Einschlafen, Sprechen im Schlaf, Alpträume, Zähneknirschen, Nachtschweiß, usw.)

Schlaflage

(z.B. Bauch, Rücken, links, rechts, sitzend, kniend, zusammengerollt, Hände über dem Kopf, usw.)

Appetit

(z.B. keinen, wenig, viel, Heißhunger, usw.)

Nahrungsmittelverlangen

(z.B. nach Süßem, Saurem, Salzigem, Fett, Getränken, Lebensmitteln, usw.)

Nahrungsmittelabneigung

(z.B. gegen Süßes, Saures, Salziges, Fett, Getränke, Lebensmittel, usw.)



Durst

(z.B. keinen, viel, wenig, auf Kaltes, auf Heißes, usw.)

Trinken Sie Alkohol? Wie viel? Wie oft?

Rauchen Sie? Wenn ja, wie viel?

Geschmack

(z.B. süß, Sauer, salzig, fade, bitter, metallisch, usw.)

Schweiß

(z.B. kalt, warm, Geruch, bestimmte Körperstellen, usw.)

Temperaturempfinden

(z.B. frostig, kalt, warm, hitzig, usw.)

Stimmung

(z.B. ausgeglichen, fröhlich, exaltiert, traurig, weinerlich, depressiv, usw.)

Temperament

(z.B. mutig, zurückhaltend, lebhaft, nervös, usw.)

Geselligkeit

(z.B. einsam, gesellig, usw.)
