

Liebe Patientin, lieber Patient,

die Voraussetzung für eine möglichst erfolgreiche therapeutische Arbeit ist eine genaue Krankenvorgeschichte. Es geht um Sie und um das, was Ihnen und Ihrem Körper bisher widerfahren ist und wie Sie gelebt haben. Stellen Sie sich einen Blecheimer vor, der neben Ihnen steht. Dort tun Sie alles rein was Ihrem Körper je widerfahren ist. Der Körper kann viel ausgleichen und kompensieren. Aber irgendwann ist der Eimer zu voll – Beschwerden tauchen auf. Und mit dem Älterwerden wird der Eimer auch noch kleiner. Schreiben sie also eher mehr als zu wenig, werten Sie nicht: „Ach das ist so lange her, das kann nicht mit meinen Beschwerden zusammenhängen“. Zwei Beispiele: 1) Herzrhythmusstörungen. Ein Narbe aus der Kindheit behindert subtil die zweite und dritte Rippe links. Dort ist die vegetative Steuerung des Herzens. 2) Kniebeschmerzen mit eingeschränkter Streckung links. Bei der Untersuchung fällt die verspannte Augenmuskulatur rechts auf. Die Entspannung beseitigt die Kniebeschmerzen. Die Sehschärfe ist dort so schwach das das Auge bis zur ersten Brille ausgeblendet wurde. Sind diese nicht im Anamnesebogen erwähnt brauche ich viel länger um diese Punkte zu finden.

Füllen Sie daher die beiliegenden Bögen sorgfältig aus, die Informationen, die Sie mir geben helfen, die Gründe für Ihre Beschwerden schneller herauszufinden und die Heilung zu begünstigen.

Alternativ zu diesem Anamnesebogen können wir dies auch gern in der Praxis gemeinsam erarbeiten. Die Dauer dafür beträgt ca. 40 Minuten und steht Ihnen dann beim Ersttermin dementsprechend weniger Zeit für die eigentliche Behandlung zur Verfügung.

Vorbereitung auf Ihren Termin:

Bitte bringen Sie Laborwerte und relevante Befunde zu dem Ersttermin mit. Bringen Sie falls vorhanden Zahnschiene, Medikamente mit. Bitte essen Sie idealerweise vor dem ersten Termin bitte zwei Stunden nichts mehr, trinken in diesen zwei Stunden mindestens einen halben Liter Wasser und nur Wasser, nehmen Sie an diesem Tage die Medikamente, bei denen dies vertretbar ist, nicht und bringen Sie diese mit. Zwei Stunden vor dem Termin bitte auch die Zähne nicht mit Zahnpasta putzen.

Bitte mitbringen:

Bitte bringen Sie vorhandene Laborbefunde, falls vorhanden Panoramaaufnahme als Bild oder Datei der Zähne und einen kurzen Zahnstatus mit (fehlende Zähne, wurzelgefüllte Zähne, Amalgam, Kunststoff) mit. Diesen kann die Zahnarzthelferin ihnen einfach ausdrucken.

Persönliche Daten:

Name: _____ geboren am: _____

Adresse: _____ e-mail: _____

Telefonnummer: Handy _____ Festnetz: _____

Versichert bei: _____

privat: ____ Beihilfe: ____ Heilpraktiker-Zusatzversicherung: ____ (bitte zutreffendes ankreuzen)

Ich komme auf Empfehlung von: Freunden ____ über Google ____ sonstiges _____

Körper:

Größe cm _____ Gewicht _____ Ruhepuls _____ Blutdruck _____/_____

Was ist Ihr Ziel für eine erfolgreiche Behandlung?

Sprich worin erwarten Sie eine wesentliche Verbesserung / Erleichterung?

Fragen zu Ihrer Gesundheitlichen Vorgeschichte, Anamnese:

Welche gesundheitlichen Probleme sollen sich ändern (Wo drückt der Schuh)?
(Bitte das für Sie wichtigste Problem zuerst beschreiben)

1

2

3

4

5

Hinweis dazu:

Bitte wie folgt beschreiben: Lebensjahr des ersten Auftretens; gab es einen Auslöser; Häufigkeit der Beschwerden; verschlechternde/verbessernde Faktoren, bisherige Therapieversuche mit, ohne Erfolg, verbessernde/verschlechternde Faktoren; sind die Beschwerden abhängig von Jahreszeit, Wetter, Zyklus, Tageszeit (wieviel Uhr), Belastungsabhängig - Mehr im Gehen, Stehen. Liegen, morgens, im Tagesverlauf

Wie stark ist es auf einer Skala von 1-10.

Risikofaktoren:

Medikamentenallergien: _____

Bluter/Therapie mit Blutgerinnungshemmenden Medikamenten: _____

Epilepsie: ja ___ nein ___ geimpft: ja ___ nein ___ stärkere Reaktionen n. d. Impfen? ja ___ nein ___

Wenn ja welche Impfung?

Derzeit eingenommene Medikamente: _____

Auffällige Laborwerte: _____

Fieberhafte Erkrankungen im Ausland: _____

Waren sie besonderen Chemischen Einflüssen im Laufe des Lebens ausgesetzt? Ja ___ nein ___

Sonstiges: _____

Andere Erkrankungen?

Die Vergangenheit.... (beantworten falls bekannt)

Auffälligkeiten während der Schwangerschaft Ihrer Mutter mit Ihnen oder bei Ihrer Geburt

Sie haben als Baby viel geschrien ____ wenig geschlafen ____ beim Stillen schlecht gesaugt ____

den Kopf nur zu einer Seite gedreht ____ den Körper überstreckt ____ sonstiges ____

Kinderkrankheiten mit besonders schwerem Verlauf: _____

Erbliche Belastungen (z.B. Gicht, Diabetes, Krebs, Schlaganfälle, Herzinfarkte)

Entzündungen – welche Organe waren im Laufe des Lebens entzündet:

1

2

Wie oft waren die Nasennebenhöhlen als Kind entzündet?

Operationen

1

2

3...

Knochenbrüche

1

2

3....

Unfälle (z.B. Stürze auf Kopf-Steißbein-Schleudertraumen-Umgeknickt-etc.) !!wichtig!!

1

2

3...

Allergien (wenn möglich beschreiben, wann sie als erstes auftraten, wie sie festgestellt wurden)

1

2

3...

Ihre Zähne:

Pressen, knirschen Sie?

Haben Sie eine Zahnschiene?

Zahnprobleme: (Schmerzen, Zahnfleischentzündung, Parodontitis)

1

2

(wenn mögl. Zahnstatus vom Zahnarzt/-helferin ausfüllen oder dort ausdrucken;
wenn vorhanden bitte ich um die leihweise Mitgabe oder Datei der letzten Panoramaaufnahme

Amalgam: noch vorhanden ____ früher vorhanden ____ wann entfernt ____

ungefähr wie viel HG-Füllungen insgesamt? ____

kein Amalgam mehr unter Füllungen ja ____ nein ____ unbekannt ____

kurzfristig Beschwerden beim Entfernen/ Legen von Amalgamfüllungen ____

gezogene Zähne ____ Wurzelgefüllte Zähne ____ dort Schmerzen ____

Ausgeleitet: ja ____ nein ____ wie ____

Entstandene Mineralstoffungleichgewichte korrigiert? Ja ____ nein ____

Derzeitige Füllungsmaterialien: Gold ____ Nichtedelmetall (Amalgam, Kunststoff, Zement, Keramik) ____

Materialien auf Verträglichkeit getestet ja ____ nein ____ wie ____ Behandelnder Zahnarzt: ____

Magen/Darm (wichtig!!! - zutreffendes ankreuzen)

Magen: Haben Sie Sodbrennen ____ Völlegefühle ____

Leber/Galle: Haben Sie Fettunverträglichkeit ____ eine Müdigkeit nach dem Essen

Stuhlgang: Wie oft in der Woche? ____ Abführmittel notwendig welche: ____

Farbe: ab und zu hell lehmfarben? ____

Form: mehr als 3mal abputzen notwendig: ____ schmiert an Toilette, Bürste öfter notwendig ____

Stuhl: schwimmt oben ____ geht unter ____

Durchfall: ____ wie oft im Monat: ____ direkt nach Essen. ____ Wechsel Durchfall / Verstopfung ____

Blähbauch: schnell nach dem Essen: ____ mehr als 90 Minuten nach dem Essen auftretend: ____

Pupse: Riechend: ____ nicht riechend: ____ Hämorrhoiden: innere ____ äußere ____

Auftreten nach folgenden Lebensmitteln: ____

Arbeitshaltung überwiegend

Sitzen ____ stehen ____ Wechsel:

Hormonelle Regulation (bitte ankreuzen)

Schilddrüse:

- ist ihnen oft kalt _____ kalte Hände _____ kalte Füße _____
- Stoffwechsel langsam: _____ Probleme abzunehmen _____ müde, träge _____
- Achillessehnenbeschwerden _____

Estradiol:

- Nachtschweiß _____ Schwitzen übermäßig _____ trockene, faltige Haut _____
- Osteoporose _____ weniger Libido _____ Haarausfall _____ Schlafstörung _____

Estriol:

- Gelenkschmerzen _____ Schleimhautprobleme /-trockenheit _____ häufige Infekte _____

Progesteron:

- Zyklusbeschwerden _____ PMS _____ sehr starke Blutung _____ Schmierblutung _____
- Wassereinlagerungen _____ Myome/ Zysten : _____ Osteoporose _____
- Innere Unruhe/ Angst ohne Grund _____ Gewichtszunahme seit Wechseljahre _____
- Libido _____ Schilddrüsenstörung _____
- Fehlgeburten _____ Depressive Verstimmung _____

Testosteron:

- Muskelschwäche _____ Prostatabeschwerden _____ Angst _____
- mangelndes Selbstbewusstsein _____ Herzprobleme _____ Prostata _____ Libidoverlust _____

Neurotransmitter

Immer in Gedanken ____ Schwierig abzuschalten ____ Setzen sie sich immer selber unter Stress ____

Durch nichts aus der Ruhe zu bringen ____ Schlechtes Gedächtnis ____

Stimmung oft schlecht, pessimistisch oder traurig : ____ positive Dinge schwere wahrzunehmen _

Wenig Freude an Dingen z.B. Essen, Sexualität, Sport _ Schwierigkeiten Dinge zu erledigen, sich zu motivieren: ____.

Öfter Schwindel beim Aufstehen: ____ brauche im Sommer schnell eine Sonnenbrille: ____

Schlaf

-Einschlafen schwierig: ____ Durchschlafen nein ____ Immer zu bestimmter Uhrzeit wach, Uhrzeit ____

Anzahl der Stunden Schlaf insgesamt ____ wie viele Stunden am Stück schlafen Sie ____

Fühlen Sie sich morgens erholt ? ____ Sind Sie tagsüber Müde? ____ Zu welcher Uhrzeit ____

Augen

Lichtempfindlich ____ Sehen anstrengend ____ trocken/gereizt ____

Brille/ Kontaktlinsen ____ Augen-OP ____ 3D Filme anstrengend ____ Sonstiges ____

Gehör

Anstrengend ____ Hörgeräte ____

Füße

Schmerzen (kurzbeschreiben) _____ Einlagen: ____

Sonstiges:

Muskelkrämpfe: ____ Herzrhythmusstörungen: ____ Sonnenallergie: ____

Lebenssituation

Ledig verheiratet geschieden / getrennt lebend seit: verwitwet seit:

Mit Partner zusammenlebend: Anzahl der Kinder: Alter der Kinder:

Berufliche Betätigung:

Aktueller Stress (0= keiner; 10 = maximal): Beruflich Privat

Überwiegendes Lebensgefühl (positiv, glücklich, ängstlich etc.):

Zehrende psychische Konflikte: Ja Nein

Schwierige Lebenssituationen:

Bitte ca. welches Jahr angeben:

Stress 0-10 bewerten:

Kindheit, gut oder Belastungen:

Jugend, gut oder Belastungen:

Schule, gut oder Belastungen:

Trennungen:

Verluste/ Todesfälle

Angstzustände/ Panik:

Freizeit

Hobbies

Sport: was/wie oft in der Woche: _____ Pulsfrequenz von bis _____

Ernährung

Ich Frühstücke: Esse Mittag: zu Abend: öfter zwischendurch:

Ich muss oft essen sonst unterzuckere ich:

selbstgekocht/frisch: % Fertiggerichte: % essen gehen/fast food: %

Ich verwende vorwiegend: Butter Margarine kaltgepresste Öle

wie oft in der Woche: Fleisch/Wurst Salate Fisch

Ich ernähre mich rein Vegetarisch: seit wann:

Meine Lieblingsspeise/ -getränk:

Öfter Heißhunger auf:

Trinkmenge gesamt: Liter davon Wasser:

Nicht gut vertragene Nahrungsmittel:

Genussmittel

Alkohol Anzahl pro Tag: Bier/Wein (Gläser) Kaffee (Tassen)

Zigaretten: Anzahl pro Tag Schokolade/ Süßes:

Fernsehen/PC/Handy (Stunden) pro Tag:

Fragebogen: (Bitte zutreffendes ankreuzen)

Manchmal: mindestens einmal im Monat
Oft: mindestens einmal die Woche
Sehr oft: mindestens täglich einmal

Symptom	Nie	Selten	monatlich	wöchentlich	täglich
Brustschmerzen	0	1	2	3	4
Gefühl der Angespanntheit	0	1	2	3	4
Verschwommenes Sehen	0	1	2	3	4
Schwindelgefühl	0	1	2	3	4
Verwirrtheit/ Realitätverlust	0	1	2	3	4
Schnelles oder kurzes Atmen	0	1	2	3	4
Kurzatmigkeit	0	1	2	3	4
Engegefühl in der Brust	0	1	2	3	4
Blähungsgefühl i. Oberbauch	0	1	2	3	4
Kribbeln in Händen/ Füßen	0	1	2	3	4
Atemschwierigkeiten oder Tiefes Einatmen schwierig	0	1	2	3	4
Steifigkeitsgefühl oder Krämpfe In Fingern und Händen	0	1	2	3	4
Engegefühl im Mund	0	1	2	3	4
Kalte Hände und/ oder Füße	0	1	2	3	4
Herzklopfen	0	1	2	3	4
Angst	0	1	2	3	4

Gesamtpunkte:

Einwilligungserklärung zur Erhebung/Verarbeitung/Übermittlung

von Patientendaten gemäß DSGVO

Anmeldung Patient: Name

Vorname:

Geburtsdatum:

Straße und Nummer:

Postleitzahl und Stadt:

Name Erziehungsberechtigter:

Anschrift:

Telefon:

email:

Krankenkasse:

1. Im Rahmen Ihrer Behandlung werden folgende personenbezogenen Daten erfasst und verwendet:

Persönliche Daten wie z.B. Name, Versicherung, Beschwerden, Laboreergebnisse,

Behandlungsdokumentationen, Vorher-/ Nachher-Fotoaufnahmen

1. a Diese Daten dienen Ihrer Behandlung und deren Dokumentation, dem Informationsaustausch zwischen mitbehandelnden Ärzten und Therapeuten, Laboren, der Erstellung Ihrer Rechnung und Kontaktaufnahme mit Ihnen.

1. b Diese Daten werden wie folgt gespeichert: Im Abrechnungs- und Dokumentationsprogramm

2. Zugriff zu den Daten haben:

2.a. Johannes Tönnis, Sekretärin bzw. persönliche Mitarbeiter.

2. b. Teizugriff Mitarbeiter von Terminvergabeanbieter; Mitarbeiter des betreffenden Standortes, Bürodienst

2. c Steuerberater und Finanzamt: Zugriff auf Rechnungen und Belege

3. Datenaustausch mit Ärzten/ Therapeuten/ Labore

Informations- und Datenaustausch im Rahmen der Patientenzusammenarbeit wie z.B.

Rezeptausstellung, Kieferschienen, Zahnmaterialtestung, Klärung inwiefern verschreibungspflichtige Medikamente verordnet werden sollen, Abstimmen von Behandlungen, Ermittlung von Laborwerten.

4. Es ist mir bekannt,

dass meine Einwilligung freiwillig ist, verweigert werden darf und ich diese auch jederzeit ganz oder in Teilen widerrufen kann, dass ich jederzeit das Recht auf eine umfangreiche Auskunftserteilung zu den zu meiner Person gespeicherten Daten habe. Ich kann jederzeit die Berichtigung, Löschung oder Sperrung meiner personenbezogenen Daten bei der Naturheilpraxis Tönnis und dessen Kooperationspartnern verlangen, sofern nicht

andere gesetzliche Regelungen dagegenstehen. Hierzu genügt eine email unter heilpraktiker@toennis.net oder eine schriftliche Mitteilung an: Naturheilpraxis Johannes Tönnis, Wehlstrasse 33, 29221 Celle. Für eine Beschwerde können Sie sich an die zuständige Datenschutzaufsichtsbehörde wenden: Niedersachsen Postfach 22 1, 30002 Hannover, email: poststelle@lfd.niedersachsen.de, Tel.: +0049 511 120 4500.

5. Einverständniserklärungen:

Ich (Name in Druckschrift): _____ geb. am : _____

habe selber oder als Erziehungsberechtigte/er obige Erklärung gelesen, konnte eventuell bestehende Fragen stellen und gebe hiermit meine Einwilligung zu obiger Vorgehensweise betreffend der Erhebung, Verarbeitung und Weitergabe

meiner Daten bzw. meines Kindes _____ ja _____ nein _____.

Die Behandlungskosten für mich bzw. meiner Tochter/ Sohn _____übernehme ich.

5.a Ich möchte gerne fachliche Informationen erhalten

via Messengerdienst: ja ____ nein ____ via e-mail: ja ____ nein ____

5.b. Ich bin einverstanden, dass meine Fotos in Ausschnitten, ohne dass ich als Person erkennbar bin, veröffentlicht werden. Ja _____ nein _____.

Ort:

Datum:

Unterschrift:

Schweigepflichtentbindung:

Hiermit entbinde ich die Mitarbeiter der Naturheilpraxis Tönnis von der Schweigepflicht gegenüber Ärzten, Therapeuten, Versicherungen, Familienangehörigen und Rechtsdienstleistern. JA Nein

Ich habe verstanden, dass im Falle einer Nichtzahlung ein Rechtsdienstleister mit dem Forderungseinzug beauftragt wird.

Ort:

Datum

Kosten:

Orientierend ist ein Stundensatz von ca. 160,- Euro für Selbstzahler, Privat/ Beihilfeversicherte anzunehmen. Viele Kassen akzeptieren mich als Osteopath und erstatten einen Teil der Osteopathie; dies ist aber bei jeder Kasse anders.

Bei Privat-/ Beihilfe Versicherten von einer Erstattung auszugehen da die Rechnung aufgrund der GebüH erfolgt.

Ort: _____ Datum: _____

Unterschrift: _____