Anamnesebogen

Heilpraktikerin Heike Frenzel
Von-der-Goltz-Str.39
D-44143 Dortmund
Tel. 0231-1387581
Internet: www.heike-frenzel.de
Email: info@heike-frenzel.de
Steuernummer: 317/5052/4203

Die Beantwortung der Fragen ist natürlich freiwillig. Nicht immer müssen alle Fragen auch für Ihre individuelle Situation relevant sein oder scheinen. Bei Bedenken lassen Sie einzelne Fragen einfach offen. Insgesamt wird uns der Anamnesebogen jedoch einen effektiven Einstieg in Ihre Behandlung ermöglichen. Selbstverständlich unterliegen alle Ihre Angaben der Schweigepflicht!

Name ..... Vorname .....

Geb. Datum ..... E-mail .....

Anschrift .....

Telefon ..... Mobil .....

Beruf ..... Familienstand/Kinder .....

Krankenversicherung:

☐ gesetzlich ☐ Zusatzversicherung für Naturheilverfahren ☐ Privat ☐ Beihilfe/Post

Welche Beschwerden führen Sie zu mir? Seit wann liegen diese vor?

.....

.....

.....

.....

.....

Gab es vor dem ersten Auftreten der Beschwerden besondere Ereignisse?
(Unfall, OP, Impfungen,Trauer, berufliche Veränderungen, etc.)

.....

Welche Therapie(n) und Maßnahmen wurden bisher durchgeführt?

.....

.....

.....

Mit welchem Erfolg?

.....

.....

Was erwarten Sie von meiner Behandlung?

.....

.....

Bitte nennen Sie Ihre Größe ..... cm und Ihr Gewicht ..... kg

Welche Vorerkrankungen sind bekannt?

O Bluthochdruck O Herzerkrankungen O Diabetes O Nierenerkrankung O Gallensteine O Migräne
O Fettstoffwechselerkrankung O Magenerkrankung O Darmerkrankung O Depressionen O Rheuma
O Tumorerkrankung O Schilddrüsenerkrankung O Hauterkrankung O Asthma O Durchblutungsstörung

Sonstige Erkrankungen .....

.....

Welche Operationen sind erfolgt? Wann sind diese erfolgt?

.....

.....

.....

Sonstige Beschwerden (Schmerzen, Druckgefühl, Appetitlosigkeit, Juckreiz, Kribbeln, Kältegefühl etc.) ?

.....

.....

Leiden Sie unter Allergien? Wenn ja, welche?

.....

.....

Welche Medikamente nehmen Sie derzeit ein?

.....

.....

.....

Datum ..... Unterschrift .....

Bitte bringen Sie diesen Fragebogen ausgefüllt zu Ihrem ersten Termin bei mir mit!

Gerne können Sie ihn mir auch per Post oder per E-Mail (info@heike-frenzel.de) **bis spätestens einen Tag vor dem ersten Termin** zukommen lassen. Dies ermöglicht es mir, mich schon im Vorfeld auf die Behandlung vorzubereiten und den Behandlungsverlauf effektiver zu gestalten.

Bitte beachten Sie, mir in diesem Fall den Anamnesebogen gemeinsam mit der Datenschutzinformation und Einwilligungserklärung zukommen zu lassen ➡ www.heike-frenzel.de/Datenschutzeinwilligung.pdf

Wichtig:
Bitte bringen Sie sämtliche Ihnen vorliegenden behandlungsrelevanten Untersuchungsergebnisse (Labor, Arztbriefe, etc.) in Kopie zur Erstuntersuchung mit!

Zusatzanamnesebogen

Heilpraktikerin Heike Frenzel
Von-der-Goltz-Str.39
D-44143 Dortmund
Tel. 0231-1387581
Internet: www.heike-frenzel.de
Email: info@heike-frenzel.de
Steuernummer: 317/5052/4203

Je nach Beschwerde- und Krankheitsbild können u. U. sehr detaillierte Informationen zu Ihrer gesundheitlichen Situation hilfreiche Hinweise geben.
Die Beantwortung der Fragen ist freiwillig. Bei Bedenken lassen Sie einzelne Fragen einfach offen. Insgesamt wird uns der Anamnesebogen jedoch einen effektiven Einstieg in Ihre Behandlung ermöglichen. Selbstverständlich unterliegen alle Ihre Angaben der Schweigepflicht!

Name ..... Vorname .....

Leben Sie nach bestimmten Ernährungsrichtlinien? O ja O nein – wenn ja, welche?

.....

Leiden Sie unter Nahrungsmittelunverträglichkeiten? O ja O nein – wenn ja, welche?

.....

Haben Sie Abneigungen gegen bestimmte Nahrungsmittel? O ja O nein – wenn ja, welche?

.....

Nehmen Sie regelmäßig Nahrungsergänzungsmittel und/oder Vitamine zu sich?
O ja O nein - wenn ja, welche?

.....

Wieviel trinken Sie am Tag und was?

.....

Nehmen Sie regelmäßig Genußmittel zu sich und wenn ja, welche?
Zutreffendes bitte unterstreichen:

Alkohol, Zigaretten, Kaffee, Süßigkeiten, Kaugummis, Süßigkeiten mit Zuckerersatzstoffen, Chips u.ä., gesüßte Getränke, Backwaren, Fastfood

Anderes .....

Wie ist ihr Schlafverhalten?
Zutreffendes bitte unterstreichen:

Gut, mittelmäßig, schlecht, spätes Einschlafen, nächtliches Aufwachen, regelmäßiges Wachliegen, unruhige Träume

Sorgen Sie für regelmäßige Bewegung? O ja O nein – wenn ja, in welcher Form und wie oft?

.....

.....

Wie erleben Sie Ihre Belastbarkeit?

Körperlich: O sehr belastbar O mäßig belastbar O wenig belastbar
Psychisch: O sehr belastbar O mäßig belastbar O wenig belastbar
O ausgeglichen O angespannt O gestresst/gereizt

Wie erleben Sie Ihre Verdauung?
Zutreffendes bitte unterstreichen:

normal, gut, eher nicht so gut, wechselhaft, Unwohlsein u./o. Übelkeit nach dem Essen, wenig Appetit, Druckgefühl, Sodbrennen, Aufstoßen, Blähungen, Verstopfung, Durchfall, Stuhlgang ist wechselhaft/geformt/weich/hart

Weitere Anmerkungen ...

Wann und warum haben Sie in den letzten Jahren Antibiotika einnehmen müssen?

.....

.....

Liegen bei Ihnen Narben vor?
(Bitte auch an kleine Narben beispielsweise aus der Kindheit denken.)

O ja O nein – wenn ja, wo?

.....

.....

Haben Sie besondere Reaktionen auf Impfungen erlebt? O ja O nein – wenn ja, welche?

.....

Haben Sie wurzelbehandelte Zähne, Amalganfüllungen, etc.?

.....

Für Patientinnen:

Anzahl der Schwangerschaften und Geburten .....

Einnahme der Pille O ja O nein

Monatsblutung O regelmäßig O unregelmäßig O schmerzhaft O nicht (mehr) vorhanden

Wechseljahresbeschwerden .....

Datum ..... Unterschrift .....

Bitte bringen Sie diesen Fragebogen ausgefüllt zu Ihrem ersten Termin bei mir mit!

Gerne können Sie ihn mir auch per Post oder per E-Mail (info@heike-frenzel.de) **bis spätestens einen Tag vor dem ersten Termin** zukommen lassen. Dies ermöglicht es mir, mich schon im Vorfeld auf die Behandlung vorzubereiten und den Behandlungsverlauf effektiver zu gestalten.

Bitte beachten Sie, mir in diesem Fall den Anamnesebogen gemeinsam mit der Datenschutzinformation und Einwilligungserklärung zukommen zu lassen ➡ www.heike-frenzel.de/Datenschutzeinwilligung.pdf

Wichtig:
Bitte bringen Sie sämtliche Ihnen vorliegenden behandlungsrelevanten Untersuchungsergebnisse (Labor, Arztbriefe, etc.) in Kopie zur Erstuntersuchung mit!

Datenschutzinformation und Einwilligungserklärung in die Datenverarbeitung

Heilpraktikerin Heike Frenzel
Von-der-Goltz-Str.39
D-44143 Dortmund
Tel. 0231-1387581
Internet: www.heike-frenzel.de
Email: info@heike-frenzel.de
Steuernummer: 317/5052/4203

Name ..... Vorname .....

Geb. Datum .....

Anschrift .....

In unserer Praxis werden während Ihrer Behandlung personenbezogene vertrauliche Daten erhoben. Immer schon unterliegen alle Therapeuten und Mitarbeiter in unserer Praxis einer strengen Schweigepflicht. Nach dem am 25.05.2018 in Kraft getretenen neuen Datenschutzrecht (EU-Datenschutz-Grundverordnung und Bundesdatenschutzgesetz) sind wir verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck unsere Praxis Daten erhebt, speichert oder weiterleitet. Der Information können Sie auch entnehmen, welche Rechte Sie beim Datenschutz haben. Ferner ist Ihre ausdrückliche Einwilligung in die Datenerhebung erforderlich.

1. Verantwortlichkeit für die Datenverarbeitung

Verantwortlich für die Datenverarbeitung ist:
Heilpraktikerin Heike Frenzel
Von-der-Goltzstr. 39 44143 Dortmund
Telefon: 0231/1387581

Die Ansprechpartnerin für Datenschutzangelegenheiten in NRW ist:
Helga Block
Kavalleriestr, 2-4
40213 Düsseldorf
0211-384240
Email: poststelle@ldi.nrw.de

2. Zweck der Datenverarbeitung

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und Ihrer Heilpraktikerin und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen.
Hierzu verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Ihre Gesundheitsdaten.
Dazu zählen Anamnesen, Diagnosen, Therapievorschläge und Befunde, die wir oder andere Heilpraktiker erheben. Zu diesen Zwecken können uns auch andere Heilpraktiker, Ärzte oder Psychologische Psychotherapeuten, bei denen Sie in Behandlung sind, Daten zur Verfügung stellen (z. B. in Therapeutenbriefen), wenn Sie sie von ihrer Schweigepflicht entbunden haben. Die Erhebung von Gesundheitsdaten ist Voraussetzung für Ihre Behandlung. Werden die notwendigen Informationen nicht bereitgestellt, kann eine sorgfältige Behandlung nicht erfolgen.

3. Weitergabe an Dritte

Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn Sie eingewilligt haben.

4. Speicherung Ihrer Daten

Wir bewahren Ihre personenbezogenen Daten nur solange auf, wie dies für die Durchführung der Behandlung erforderlich ist. Nach rechtlichen Vorgaben sind wir dazu verpflichtet, diese Daten mind. 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren.

5. Einwilligungserklärung

Durch Ihre Unterschrift erklären Sie sich ausdrücklich mit der für Ihre Behandlung notwendigen Erhebung und Speicherung persönlicher Daten einverstanden.

Sie haben das Recht, diese Einwilligung jederzeit zu widerrufen, jedoch wirkt ein Widerruf nur für die Zukunft, da nach gesetzlichen Bestimmungen eine Dokumentation Ihrer Behandlungsdaten zwingend vorgeschrieben ist Nach Widerruf dieser Einwilligungserklärung ist allerdings eine weitere Behandlung nicht mehr möglich.

6. Weitere einbegriffene Einwilligungserklärungen:

Einverständnis per E-Mail (Newsletter u.ä.) oder auf anderem Wege, Patienteninformationen zugesendet zu bekommen; Einverständnis zu einem „Recall" (nach vorheriger mündlicher Absprache) zu Gesundheitsuntersuchungen.

7. Ihre Rechte

Sie haben das Recht, über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten Auskunft zu erhalten.
Auch können Sie 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. Die Anschrift des für unsere Praxis zuständigen Datenschutzbeauftragen/Aufsichtsbehörde können Sie oben Nr. 1. entnehmen.

8. Rechtliche Grundlagen

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist Artikel 9 Absatz 2 lit. h) Datenschutzgrundverordnung in Verbindung mit § 22 Absatz 1 Nr. 1 lit. b) Bundesdatenschutzgesetz.

Sollten Sie Fragen haben, können Sie sich jederzeit an uns wenden.

(Ort, Datum) ....

Unterschrift Patient