

# Anamnese Fragebogen

Naturheilpraxis Rimma Harsch - Johann-Philipp-Palm-Straße 10 • 72458 Albstadt • 01573 9652 611

Name \_\_\_\_\_ Geburtstag \_\_\_\_\_  
Vorname \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_  
PLZ – Ort \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_  
Beruf \_\_\_\_\_

Wer hat uns empfohlen? \_\_\_\_\_ Familienstand/Kinder \_\_\_\_\_

Versicherung:     Selbstzahler (Bar)     Privat-Versicherung bei: \_\_\_\_\_

## **Anleitung**

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen genau aus. Bei den Beispielen genügt es zu unterstreichen, sofern diese zutreffen; ansonsten mit eigenen Worten beantworten. Bitte nehmen Sie sich ausreichend Zeit.

## **Was ist Ihr Wunsch an uns, was ist Ihr Ziel?**

## **Was war unmittelbar vor dem ersten Auftreten Ihrer jetzigen Beschwerden?**

z.B. eine Erkrankung, Kummer, Trauer, Schreck, Operation, Hautausschläge, Medikamente usw.

## **Welche Krankheiten sind Ihnen in Ihrer Familie bekannt? Eltern, Großeltern, Geschwister.**

z.B. Allergien, Krebs, Tuberkulose, Geisteskrankheiten, Geschlechtskrankheiten, Herzkrankheiten, Gefäßkrankheiten, Schlaganfall, Asthma, Zuckerkrankheit, Rheuma, Nierensteine, Gallensteine, Multiple Sklerose, Gicht, Schuppenflechte, Neurodermitis, Migräne.

**Welche Auffrisch-Impfungen haben Sie bekommen? Bitte Impfausweis mitbringen.**

COVID-19, Grippe, Tuberkulose, Polio, Diphtherie, Tetanus, Hepatitis, Pocken, Zecken usw.

**Gab es Reaktionen auf Impfungen?**

Z.B. Fieber, Krämpfe, Unruhe, Schlaflosigkeit, Verhaltensveränderungen usw.

**Welche Infektionskrankheiten haben Sie durchgemacht?**

COVID-19, Masern, Mumps, Röteln, Keuchhusten, Windpocken, Scharlach, Tetanus, Kinderlähmung (Polio), Tuberkulose, Malaria, Salmonellose, Ruhr, Pfeiffersches Drüsenfieber, Gonorrhoe, Syphilis, Tropenkrankheiten usw.

Gibt es Allergien?

Pollen / wann \_\_\_\_\_

Nahrungsmittel \_\_\_\_\_

Kopf

---

**Leiden Sie unter Kopfschmerzen?**

Falls ja,  
häufig, selten, Stirn-Augen-Schläfen-Hinterhauptregion, morgens,  
abends halbseitig – links – rechts – doppelseitig

**Haare**

Haarausfall, kreisrunder, vereinzelter, seit wann? \_\_\_\_\_

**Augen**

Bindehautentzündung, kurzsichtig, weitsichtig, Grauer Star, Makula-Degeneration usw.

**Ohren**

links / rechts \_\_\_\_\_ Tinnitus seit \_\_\_\_\_ Schwerhörigkeit seit \_\_\_\_\_ andere \_\_\_\_\_

**Zähne / Kiefer**

Wurden bei Ihnen Amalgamfüllungen entfernt?  Ja  Nein  
Wurde eine Amalgamausleitung durchgeführt?  Ja  Nein

**Zahnfüllmaterialien**

Amalgam  Kunststoff  Gold  Keramik

**Nase**

Operationen, Nasennebenhöhlenentzündungen, behinderte Nasenatmung, Nase verstopft

**Mandeln**

Operation, häufig Mandelentzündungen als Kind / heute

**Schilddrüse**

Überfunktion, Unterfunktion, Vergrößerung, Operation

Brust und Bauch

---

**Herz**

Beschwerden, Stechen, Druckgefühl, Infarkt, Beklemmung, Rhythmusstörungen

**Lunge**

Bronchitis, häufig Husten, Auswurf

**Leber**

Entzündung – Hepatitis

**Galle**

Steine, Koliken, Operation, Druck im Oberbauch, Fettunverträglichkeit

**Magen**

Völlegefühl, Gastritis, Appetitlosigkeit, Nahrungsmittelallergien \_\_\_\_\_

**Darm**

Infektionen, Hämorrhoiden, Blinddarmoperation, Blähungen – Geruch \_\_\_\_\_

**Stuhlgang**

täglich, jeden 2.3.4. Tag, unregelmäßig, riecht nach: \_\_\_\_\_  
Neigung zur Verstopfung, Neigung zum Durchfall, **Konsistenz:** schnittfest  
Stuhl hell, dunkel, übel riechend, hart, knollig, weich, schmierig, pastenartig,  
kann Stuhl nicht halten, Gefühl, nicht fertig zu werden, Stuhlgang wechselhaft usw.

Rücken – Arme – Beine – Haut

---

- Arme** Verletzungen, Schmerzen, Tennisellenbogen, Kribbeln, kalte Hände usw.
- Beine** Verletzungen, Schmerzen, Krampfadern, Operationen, Verletzungen, kalte Füße, Kribbeln, Taubheitsgefühl
- Rücken** Beweglichkeit, Verspannungen, Belastungen, Rheuma
- Haut / Nägel** Verbrennungen, Geschwüre, Hautjucken, Warzen, Pilze, eingewachsene Nägel, Nagelbettentzündungen
- Narben** **Haben Sie durch Operationen oder Verletzungen Narben?**  
 Ja – bitte unbedingt beim Besuch zeigen – auch kleine  
 Nein

Unterleib – Gynäkologie

---

- Gynäkologie** Ausfluss – Eierstockentzündungen, Ausschabungen, Fehlgeburten, Tumoren, Zysten, Myome, Geschlechtskrankheiten usw.
- Menses** Wann war die erste Menses? \_\_\_\_\_ Wann die letzte? \_\_\_\_\_  
Beschwerden – vor – nach – während der Regel, welche? \_\_\_\_\_  
Klimakterische Beschwerden: \_\_\_\_\_
- Nehmen Sie Verhütungsmittel?** Welche? \_\_\_\_\_
- Prostata** vergrößert, Entzündungen gehabt, aktuell, Beschwerden beim Wasserlassen
- Niere / Blase** Nierensteine, Entzündungen - häufig
- Harn** viel, wenig, häufig, kann nicht halten, Geruch nach: \_\_\_\_\_
- Sexualität** vermindert, verstärkt, unbefriedigt, Beschwerden beim Geschlechtsverkehr

Allgemeines

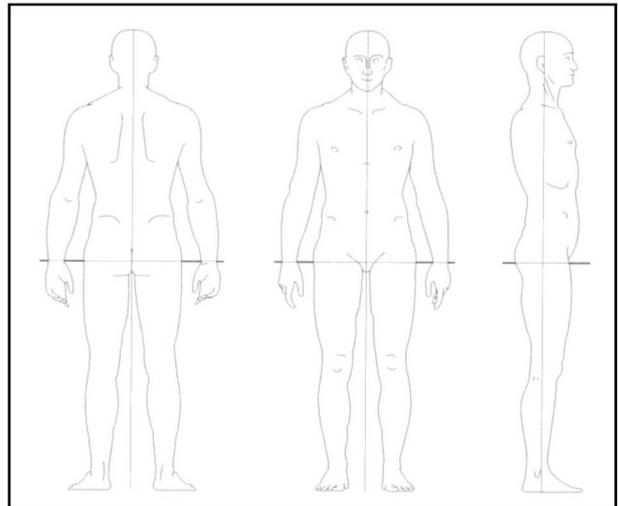
---

- Mein aktuelles Körpergewicht** \_\_\_\_\_ **Meine Körpergröße** \_\_\_\_\_
- Meine Blutgruppe** \_\_\_\_\_ **Mein Blutdruck** \_\_\_\_\_
- Trinken Sie Alkohol?** \_\_\_\_\_ **Rauchen Sie?** \_\_\_\_\_
- Leben Sie nach bestimmten Ernährungsrichtlinien?** \_\_\_\_\_
- Wie viel Liter und was trinken Sie pro Tag?** \_\_\_\_\_
- Nehmen Sie Zuckerersatzstoffe zu sich?** \_\_\_\_\_
- Treiben Sie Sport? Welchen, seit wann?** \_\_\_\_\_
- Schlaf** Schlaflosigkeit, häufiges Erwachen (Uhrzeit \_\_\_\_\_), Schwierigkeiten beim Einschlafen, Sprechen im Schlaf, Unruhe in den Beinen, Nachtschweiß, heiße Füße, Zähneknirschen
- Schlafzeit** übliches zu Bett gehen: \_\_\_\_\_ übliches Aufstehen: \_\_\_\_\_

**Wo treten Schmerzen auf?**

Bitte kennzeichnen.

- Kreuz - punktförmiger Schmerz
- Linie - unklare Schmerzlokalisierung
- Pfeil - ausstrahlender Schmerz



**Schmerzskala für den Hauptschmerz**



**Seit wann haben Sie die Schmerzen?** \_\_\_\_\_

**Gab es ein auslösendes Ereignis?** \_\_\_\_\_

**Wie oft haben Sie die Schmerzen?** Immer, mehrmals am Tag, alle paar Tage, wöchentlich, seltener  
Ziehend, brennend, stechend, klopfend, drückend, kolikartig, krampfend, dumpf, beengend, bohrend

**Welche Ereignisse verschlimmern?** Körperliche Belastung, längeres Stehen, Sitzen, Gehen, Stress  
Kälte, Wärme, Nahrungsmittel, Husten, Niesen, Tageszeit \_\_\_\_\_  
Wetterlage, Monatsblutung, Sonstiges \_\_\_\_\_

**Welche Ereignisse verbessern?** Ruhe, Schlaf, Bewegung, Kälte, Wärme, Sport, Schmerzmittel

**Andere Symptome zum Schmerz** Hautrötung, Blässe, Schwellung, Berührungsempfindlichkeit, Schweißbildung, Seh- oder Hörstörungen, Gangunsicherheit, Muskelschwäche, Müdigkeit, Schwindel, Bewegungseinschränkung

Sonstiges \_\_\_\_\_

**Schmerzbehandlung bisher, wie?** \_\_\_\_\_

**Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit ein?**

Bitte Beipackzettel oder Medikament mitbringen. Auch Nahrungsergänzungsmittel angeben.

**Chronologie der Krankengeschichte**

Bitte erfassen Sie alle bisherigen Erkrankungen und Operationen, die Sie durchgemacht haben.

# Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient

Vor Beginn der Behandlung bitte ich Sie, diese nachfolgenden Informationen bitte sorgfältig durchzulesen und bei Unklarheiten nachzufragen.

## Schweigepflicht

Alles was im Rahmen einer Sitzung besprochen wird, fällt unter die Schweigepflicht. Ich Rimma Harsch verpflichte mich, Ihre Privatsphäre zu wahren und keine Inhalte aus den Sitzungen an Dritte weiterzugeben. Wenn sie allerdings eine Rechnung für Ihre Krankenkasse benötigen, werden Ihre Daten hierfür meiner Abrechnungsstelle (PASI) zur Rechnungserstellung zur Verfügung gestellt. (Siehe Beiblatt)

## Datenschutz

Ihre Daten werden soweit sie zur Durchführung der momentanen und zukünftigen gemeinsamen Arbeit und zur Rechnungsstellung benötigt werden elektronisch gespeichert.

## Verantwortung / Aufklärung über Komplikationen

Durch den Gesetzgeber bin ich angewiesen, Sie über zwar seltene, aber eventuell mögliche Komplikationen für folgende Therapiemethoden, die zur Therapie Ihrer Beschwerden evtl. sinnvoll sind, aufzuklären:

### 1. Injektion / Infusionstherapie

Die Indikation, Kontraindikationen und ihre Fragen zur Behandlungsmethode und der Einwilligung werden in der Therapiesitzung besprochen

## Aufklärung Injektionen / Infusionstherapie

Infusionsarten:

- i.v. (Injektion in die Vene) wirkt innerhalb weniger Sekunden
- i.m. (Injektion in den Muskel) Wirkung innerhalb von 10-15 Minuten
- I.c. oder s.c. (Injektion in die Oberhaut oder Unterhaut) Wirkt innerhalb 20-30 Minuten

Vorteile einer Injektion

- bessere lokale Wirkung
- kein Wirkstoffverlust (vgl. Oral) oder Veränderung (Magensäure)
- gute Dosierbarkeit & Steuerung von Wirkungseintritt und Dauer

Welche Komplikationen können auftreten bei Injektion / Infusion?

- Hämatome (Bluterguss) oder Entzündung bis Abszessbildung an der Einstichstelle
- Gefäß oder Nervenschäden
- allergische Reaktion mit Juckreiz und Hautausschlag bis zum allergischen Schock. Bitte teilen Sie Ihrem Behandelt unbedingt mit, wenn Allergien vorliegen oder bereits früher allergische Reaktionen nach der Injektion oder Infusion auftraten.

## Honorar bei Infusionen

1.) Anamnese beim ersten Termin von max. 15 min pauschal 20 Euro

2.) Infusionspreise je nach Therapie & Infusionsart.

3.) Preise für eventuell zusätzlich anfallende Beratungen (Stundensatz 80€) oder Blutbilder.

Kosten für weitere Behandlungen werden im Erstgespräch immer ausführlich mit Ihnen besprochen.

Die Höhe des Honorars resultiert gemäß aus der freien Vereinbarung zwischen Patient und Therapeut.

## Honorar Allgemein

Der Stunden Honorarsatz beläuft sich bei sonstiger Beratung auf 80,00€ je Stunde. Therapiekosten, Blutanalysen je nach Aufwand und Behandlungsart. Kosten für Ihre weitere Behandlung werden im Erstgespräch ausführlich mit Ihnen besprochen.

Die Höhe des Honorars resultiert gemäß aus der freien Vereinbarung zwischen Patient und Therapeut.

## Rechnungsstellung für Privat- oder Zusatzkrankenkassen

Im Regelfall wird dafür die Gebührenordnung für Heilpraktiker zugrunde gelegt, unabhängig davon welcher Kostensatz von Ihrer Krankenkasse getragen wird. Das Honorar ist aber in jedem Fall in voller Höhe zu entrichten, auch wenn Ihre Versicherung nur einen Teil des Honorars oder gar nichts übernimmt.

Bei Rechnungslegung für Private Krankenkassen erfolgt diese wie von den privaten Krankenkassen gefordert mit Angabe der einzelnen Gebührenordnungsziffern der Gebührenordnung für Heilpraktiker oder nach der Gebührenordnung für Ärzte über eine externe Rechnungsstellung mit einer Rechnungsstellungsgebühr von 8% des Rechnungsbetrages. Die Gewährung der Vergütung ist nicht von einem Behandlungserfolg abhängig.

Es besteht jedoch für den Therapeut/in die Verpflichtung zu einer gewissenhaften Behandlung unter Beachtung der Aufklärungs- und Sorgfaltspflicht.

## Ausfallgebühr

Ein vereinbarter Termin wird Ihnen, sofern nicht spätestens 24 Stunden vorher abgesagt, in Höhe von 80€ in Rechnung gestellt, da dieser Termin so kurzfristig nicht neu belegt werden kann.

Die Datenschutzerklärung habe ich zur Kenntnis genommen.  
Einzusehen unter [www.primma-fit.de/datenschutzerklaerung](http://www.primma-fit.de/datenschutzerklaerung)

JA  NEIN

Jede Punktion, Injektion oder Infusion stellt einen Eingriff dar, der einer Beeinträchtigung der körperlichen Unversehrtheit gleichkommt. Ich wurde über die Risiken der Infusions bzw. Injektionsbehandlung informiert. Ich habe das Aufklärungsgespräch verstanden und habe keine weiteren Fragen.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich in der Lage bin, uneingeschränkt selbst die Verantwortung für mein Handeln zu übernehmen und haben die vorstehenden Informationen zur Kenntnis genommen und Verstanden.

Mit meiner Unterschrift bestätige die Richtigkeit meiner Angaben im Anamnesebogen auf Seite 1 & 2.

.....den.....  
Ort Datum

.....  
Name / Vorname in Druckbuchstaben Unterschrift Patient | Gesetzlicher Vertreter