

Anleitung

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen genau aus. Bei den Beispielen genügt es anzukreuzen, wenn sie zutreffen; sonst mit eigenen Worten beantworten. Bitte nehmen Sie sich genug Zeit zum Durcharbeiten.

Wichtig sind alle Einflüsse, z.B. was bessert sich, was verschlechtert sich, wann erstmalig aufgetreten, usw.

Name	Geburtstag
Anschrift	Telefon Mobil
Art der Betätigung	
Kinder (Anzahl und Alter)	
Größe	
Gewicht	

Ganzheitsmedizinische Anamnese

1. Wegen welcher Gesundheitsprobleme kommen Sie zu mir? (Stichworte) **Seit wann (Jahreszahl)?**

a) Kopfbereich

Kopfschmerzen	häufig	selten		
	halbseitig	doppelseitig	wechselnd	
	morgens	tagsüber	abends	
	Stirn	Augen	Schläfen	Hinterhauptregion
	Auslöser Kopfschmerzen?			
	Nehmen Sie Kopfschmerztabletten ? Welche ?			

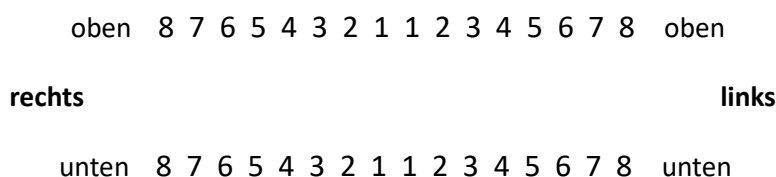
Augen	Bindehautentzündung	Kurzsichtigkeit	Weitsichtigkeit
	sonstiges		

Ohren	Mittelohrentzündung	Schwerhörigkeit	Tinnitus	Schmerzen bei Wind/Kälte	Jucken
-------	---------------------	-----------------	----------	--------------------------	--------

b) Zähne und Kiefer

Müssen Sie häufig zum Zahnarzt?

Zahnschema:



Bitte den entsprechenden () Buchstaben in das untere Schema zum jeweiligen Zahn zuordnen und eintragen:

Noch fehlende Weisheitszähne (F), erschwerter Durchbruch der Weisheitszähne (W), empfindliche Zähne auf heiß, kalt (E), wurzelbehandelte, nervtote Zähne (T), Zahnfüllungen mit Amalgam (A), Gold (G), Kunststoff oder Keramik (K), Stiftzähne (S), Brücke (B), gezogene Zähne (Z)

Wann haben Sie die ersten Amalgamfüllungen erhalten?
 Ist das Amalgam inzwischen entfernt?

c) Mandeln, Nasen- und Rachenraum

Häufige Nasennebenhöhlenentz.				
Häufiger od. l. Andauernd.Schnupfen				
Behinderte Nasenatmung				
Trockenheit im Rachen				
Sekretgefühl im Rachen				
Sekret	wässrig	schleimig	eitrig	grünlich
Heuschnupfen				
Mandelentzündungen	heute	als Kind	Jugendlicher	Erwachsener
Operationen				

d) Körperorgane

Schilddrüse	Überfunktion	Unterfunktion	Vergrößerung	Knoten	Entzündung
Herz	Beschwerden	Stechen	Brennen	Druckgefühl	Infarkt
	Enge	Angina pectoris			
Leber / Galle	Gallenblasenentzündungen		Druck im rechten Oberbauch		Gelbsucht
	Fettunverträglichkeit		Leberentzündung (Hepatitis)		Steine
Magen	Völlegefühl	Entzündung	Sodbrennen	Appetitlosigkeit	
	Unverträglichkeit von Nahrungsmitteln				
Darm	Bauchbeschwerden	Blähungen	Darminfektionen	Entzündungen	
	Hämorrhoiden	Entzündungen	Pilze		
Stuhlgang	täglich	jeden .ten Tag			
	normal	Durchfall	Verstopfung		
	morgens	nachts			
	hell	dunkel			
	breiig	geformt	knollig	bleistiftdünn	
	schleimig	blutig	fettig		
	schmerzhaft	übelriechend	drängend	Drang ohne Erfolg	
nicht halten können			Gefühl, nicht fertig zu werden		

e) Urogenitalsystem

Nieren	Nierensteine	Entzündungen		
	Blasenentzündungen wenn ja , wie oft?			
Harn	viel	wenig	normal	häufig
	hell	satzartig	übelriechend	schmerzhaft
	kann nicht halten	wie gegen einen erschwerten Widerstand		wie Pferdeurin
Prostata	Hodenentzündung		Prostatavergrößerung	
	Beschwerden beim Wasserlassen		nachträufeln	erschwert
			brennen	
	Geschlechtskrankheiten			

Menses				
Wie sieht Ihre Blutung aus?	hell	dunkel	braun	klumpig
Wie stark ist Ihre Regelblutung?	normal	stark	schwach	
Wie lange dauert die Regelblutung?				
Welchen Abstand haben Ihre Regelblutungen?				
Haben Sie Schmerzen oder andere Beschwerden bei der Regel?	vor	zu Beginn	danach	
Sind Sie in den Wechseljahren?	ja	noch nicht		
Wechseljahresbeschwerden?	ja	nein		
Tragen Sie eine Spirale?	ja	nein		

f) Haut/Nägel

Verbrennungen	Narben	Geschwüre
Ausschlag	Hautjucken	Allergien
Pilze	Warzen	eingewachsene Nägel

g) Rücken

Beschwerden z.B.	Hexenschuss	Ischias	Wirbelsäulenschmerz HWS, BWS, LWS
Auslöser z.B.	Kälte	ruckartige Bewegung	

h) Obere Extremitäten

Schmerzen im ganzen Arm	Schmerzen in einzelnen Gelenken	Tennisellenbogen	Verletzungen
kalte Hände	Kribbeln und „Ameisenlaufen“	Nervenschmerzen	Durchblutungsstörungen

i) Hüfte/Untere Extremitäten

Schmerzen im ganzen Bein	... in einzelnen Gelenken	Operationen	Verletzungen
Empfindungsstörungen	Kalte Füße	Krampfadern	Venenentzündungen
Nervenschmerzen	Durchblutungsstörungen		

j) Wie steht es mit Ihrem Schlaf?

Wie lange schlafen Sie schon auf Ihrem jetzigen Schlafplatz?
--

Um wieviel Uhr wachen Sie auf?				
Leiden Sie unter:	Schlaflosigkeit	Einschlafstörungen	Durchschlafstörungen	Nachtschweiß
	Kalte Füße im Bett	Heiße Füße	Zähneknirschen	morgens wie zerschlagen
Haben Sie oft Träume?				
Welche?				
Schlafdauer:				

2. Was ereignete sich unmittelbar vor dem ersten Auftreten Ihrer jetzigen Beschwerden?

Erkrankung	Kummer	Trauer	Schreck
Operation	Hautausschläge	Impfungen	Reise
sonstiges			

3. Sind Sie sonst mit Ihrem Gesundheitszustand zufrieden?

Wenn nein, welche Probleme haben Sie außerdem?

4. Welche Therapien haben Sie bisher durchgeführt?

5. Wie müsste es sein, damit Sie von sich sagen können: Ich bin gesund, so bin ich zufrieden mit mir? Anders gefragt: Welche Eigenschaften müsste Ihr Körper/müssten Sie haben, damit Sie zufrieden sein könnten? Oder noch anders gefragt: Was sind Ihre Wünsche an die Behandlung?

6. Gehen Ihre Beschwerden bei Abwesenheit von Ihrer Wohnung (z.B. Urlaub) zurück?

7. Leiden Sie unter Allergien?

An welchen Körperstellen und wie äußert sich die Allergie?

Welche Ergebnisse sind bei Allergietestungen bisher ermittelt worden?

Welche Therapien wurden bisher durchgeführt?

Haben Sie Erfahrungen mit unkonventionellen Heilmethoden?

8. Haben Sie Hormonstörungen? Was ist untersucht worden? Wie äußern sich diese Störungen?

9. Welche Infektionskrankheiten haben Sie durchgemacht?

Masern	Scharlach	Diphtherie	Keuchhusten	Röteln
Mumps	Windpocken	Tetanus	Kinderlähmung	Ruhr
Malaria	Tropenkrankheiten		Geschlechtskrankheiten	

10. Bekommen Sie leicht Fieber?

ja	nein	selten
----	------	--------

11. Welche Medikamente nehmen Sie ein?

(bitte auch Beruhigungsmittel, Schlafmittel, Abführmittel, Antibabypille, Hormonpflaster)

12. Haben Sie in den letzten Monaten /Jahren Antibiotika einnehmen müssen?

13. Speisen / Getränke / Genussmittel

(Diese Fragen sind sehr wichtig, bitte seien Sie ehrlich zu sich selbst und mir gegenüber. Ich kann Ihre Problematik sonst nicht richtig einschätzen und nicht die richtigen Therapie-Empfehlungen treffen.)

Was vertragen Sie nicht:			
süß	sauer	pikant	Salz
Fleisch	Eier	Fett	Milch
Käse	Brot	Teigwaren	Kuchen
rohes Obst oder Gemüse	Alkohol	Kaffee	Tee
Nikotin	Zwiebeln		

Wonach haben Sie Verlangen:			
süß	sauer	pikant	salzig
Fleisch	Eier	fettig	Milch
Käse	Brot	Kuchen	Tee
Nikotin	Alkohol	Kaffee	

Gegen welche Speisen oder Genussmittel haben Sie eine Abneigung?

Wie ist Ihr Appetit?

normal	gut	schlecht
Ekel	Heißhunger	nachts

Wie fühlen Sie sich:

- vor dem Essen
- während des Essens
- nach dem Essen

Wie ist Ihr Durst?

normal	viel	wenig	nachts
--------	------	-------	--------

Was trinken Sie?

Alkoholkonsum: Ich trinke an _____ Tagen pro Woche Alkohol, meist _____ .

Wie häufig essen Sie Fleisch oder Fisch pro Woche?

Ernährungsgewohnheiten

morgens:

mittags:

abends:

14. Allgemeine Fragen

Wie vertragen Sie Wärme oder Kälte?

Beeinträchtigt ein geschlossener Kragen, Gürtel, oder enganliegende Kleidung Ihr Befinden?

Ist Ihnen leicht schwindlig? Wenn ja, wann?

Haben Sie Ängste, Schuldgefühle, starke Konflikte?

Allgemeiner Zustand

Leistungsfähigkeit beeinträchtigt	Müdigkeit	Unlust	Reizbarkeit
Mangelnde Konzentrationsfähigkeit	niedergeschlagen	Ständig leicht erhöhte Temperatur	Wetterempfindlichkeit

15. Wer sind Ihre anderen Behandler?

Zahnarzt	
Gynäkologe	
Internist	
Orthopäde	
Hausarzt	
Facharzt	

Im Folgenden werden Symptome genannt. Bitte machen Sie hinter dem Symptom, das auf Sie zutrifft, je nach Intensität der Symptomatik, ein bis fünf Kreuze.

allg. Schwäche	innere Unruhe
schlechte Merkfähigkeit	Reizbarkeit
Konzentrationsstörungen	innere Gehezttheit
Antriebslosigkeit	Denkstörungen
Depressivität	allg. Lustlosigkeit
Schüchternheit	Schlafstörungen
Kopfschmerzen	Atemnot
Reizhusten	Trockene Nase
Fließschnupfen	Verstopfte Nase
Nasennebenhöhlenentzündungen	Herzschmerzen
Herzklopfen	Herzunruhe
Herzrhythmusstörungen	Bluthochdruck
Herzangst	Kreislaufstörungen
niedriger Blutdruck	Reizblasenerscheinung
Blutfetterhöhung	Zittern
Harninkontinenz / Harnträufeln	Vermehrtes Frieren
gestörtes Kälte-Wärme-Empfinden	Nachtschweiß
vermehrtes Schwitzen	Gesichtsschwellungen
kalte Hände / Füße	Allergien
Lidschwellungen	Hautprobleme
Schleimhautprobleme	Verhornungsstörung der Haut
Juckreiz	Zungenbrennen
Zahnfleischbluten	Augenjucken
Haarausfall	Entzündungen im Genitalbereich
Nackenverspannungen	Rückenschmerzen
Muskelschmerzen	Gelenkschmerzen
Knochenschmerzen	Muskelschwäche
Leistenbeschwerden	Leibschmerzen
Blähungen	Sodbrennen
Mundgeruch	Hals-Rachen-Beschwerden
Nervenstörungen	Übelkeit
Schwindelgefühle	Sehstörungen
Hörstörungen	Geruchsstörungen
Geschmackstörungen	Infekt-Anfälligkeit
Regelstörungen	Hormonstörungen
Sexuelle Störungen	andere Symptome

Haben Sie Probleme mit dem Gebiss?

ja	nein
----	------

Tragen Sie eine Zahnprothese?

ja	nein
----	------

Nehmen Sie diese nachts aus dem Mund?

ja	nein
----	------

Ich besitze einen Mikrowellenherd seit	Jahren/Monaten
Benutzen Sie Solarien/Bräunungs-Studios?	mal pro Woche
Seit wann wohnen Sie im jetzigen Haus?	Jahre/Monate
Seit wann schlafen Sie am jetzigen Platz?	Jahre/Monate
Haben Sie Haustiere? Welche?	

Schlafsituation:

Welche Matratze haben Sie?

Federkern	Bandscheiben	Schaumstoff	Latex
Rosshaar	Kokos	Sisal	Futon
andere			

Auf welcher Unterlage ruht Ihre Matratze?

Lattenrost	Sprungfeder-Rahmen	Fußboden	sonstiges
------------	--------------------	----------	-----------

Befindet sich in Bettnähe ...

Radiowecker	Elektr. Wecker	tragbares Telefon	Eurosignal o.ä.
Fernsehgerät	Videorecorder	Fernbedienung	Heizkissen,-decke
Abschirm-Matte	Heißlüfter	Dimmer	sonstiges

Tragen Sie regelmäßig Schmuck?

ja	nein
Welcher Art?	

Tragen Sie regelmäßig...

Nylonwäsche/Perlonstrumpfhosen	Mieder	Leibbinden
--------------------------------	--------	------------

Treiben Sie Sport? Welchen?

Wie ist ihr Fernsehkonsum (einschließlich Videofilmen)?

1-4 Std /Woche		5-8 Std /Woche	
1 Std tägl.	1-2 Std. tägl.	2-3 St. tägl.	3-4 St. tägl.
mehr, nämlich			

Spielen Sie Videospiele/Gameboy oder ähnliches?

Wenn ja, wie lange pro Tag im Durchschnitt?

Stunden täglich.

Wie viele Stunden täglich verbringen Sie vor dem Computer?

Stunden täglich;

privat/beruflich

Ich bedanke mich für Ihre Mitarbeit!

Karen Dittner

PATIENTENINFORMATION ZUM DATENSCHUTZ

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten ist uns wichtig. Nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) 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 in puncto Datenschutz haben.

1. VERANTWORTLICHKEIT FÜR DIE DATENVERARBEITUNG

Verantwortlich für die Datenverarbeitung ist:

Praxisname: Karen Dittner

Adresse: Am Steigbügel 15, 27283 Verden

Kontakt Daten 04231 800570, gesund@naturheilpraxis-dittner.de

2. ZWECK DER DATENVERARBEITUNG

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und Ihrem Heilpraktiker und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen.

Hierzu verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Ihre Gesundheitsdaten. Dazu zählen Anamnesen, Diagnosen, Therapieempfehlungen und Befunde, die wir erheben.

Die Erhebung von Gesundheitsdaten ist Voraussetzung für Ihre Behandlung. Werden die notwendigen Informationen nicht bereitgestellt, kann eine sorgfältige Behandlung nicht erfolgen.

3. EMPFÄNGER IHRER DATEN

Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben.

Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten können vor allem andere Ärzte / Psychotherapeuten, Krankenkassen, der Medizinische Dienst der Krankenversicherung sein.

Die Übermittlung erfolgt überwiegend zum Zwecke der zur Klärung von medizinischen und sich aus Ihrem Versicherungsverhältnis ergebenden Fragen.

4. SPEICHERUNG IHRER DATEN

Wir bewahren Ihre personenbezogenen Daten nur solange auf, wie dies für die Durchführung der Behandlung erforderlich ist.

Aufgrund rechtlicher Vorgaben sind wir dazu verpflichtet, diese Daten mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren. Nach anderen Vorschriften können sich längere Aufbewahrungsfristen ergeben, zum Beispiel 30 Jahre bei Röntgenaufzeichnungen laut Paragraph 28 Absatz 3 der Röntgenverordnung.

5. 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 der für uns zuständigen Aufsichtsbehörde lautet:

Name: **Niedersachsen Aufsichtsbehörde**
Der Landesbeauftragte für den Datenschutz Niedersachsen

Anschrift: Postfach 221, 30002 Hannover
Brühlstraße 9, 30169 Hannover

6. RECHTLICHE GRUNDLAGEN

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist Artikel 9 Absatz 2 lit. h) DSGVO in Verbindung mit Paragraph 22 Absatz 1 Nr. 1 lit. b) Bundesdatenschutzgesetz. Sollten Sie Fragen haben, können Sie sich gern an uns wenden.

Ihr Praxisteam