

## Anamnesebogen für Erwachsene



„Therapiezentrum am Hasenbuck“ Nerzstraße 9, 90461 Nürnberg  
„Therapiezentrum am Schloss Stein“ Ansbacher Str. 131, 90449 Nürnberg

Name: \_\_\_\_\_ Geburtstag: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_ Tel. privat: \_\_\_\_\_  
Straße: \_\_\_\_\_ Handy: \_\_\_\_\_  
PLZ-Ort: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Versicherung:  Gesetzlich \_\_\_\_\_  Beihilfe/Post  
 Privat \_\_\_\_\_  private Zusatzversicherung

Wie wurden Sie auf uns aufmerksam?

Internet  Telefonbuch  Bereits Patient in der Praxis  Empfehlung  
 Flyer von: \_\_\_\_\_  Anders: \_\_\_\_\_

### Anleitung

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

Was ist Ihr Wunsch, was ist Ihr Ziel?

\_\_\_\_\_

Was war unmittelbar vor dem ersten Auftreten Ihrer jetzigen Beschwerden?

z.B. eine Erkrankung, Kummer, Trauer, Operation, Hautausschläge, Medikamente, Sonstiges.

\_\_\_\_\_

Leiden Sie an einer Erkrankung oder einer Behinderung  Ja  Nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Hatten Sie Operationen?  Ja  Nein

Wenn ja, Eingriff und Jahr bezeichnen \_\_\_\_\_

Welche Erkrankungen sind Ihnen in Ihrer Familie bekannt? Eltern, Geschwister.

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

\_\_\_\_\_

Allergien?  Ja  Nein

Welche? \_\_\_\_\_

Wie belastbar und leistungsfähig fühlen Sie sich?

\_\_\_\_\_

Haben Sie Narben?  Ja  Nein Wo? \_\_\_\_\_

---

Leiden Sie unter Kopfschmerzen?  Ja  Nein

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

Augen Bindehautentzündung, kurzsichtig, weitsichtig, Grauer Star, Makuladegeneration, Glaukom, Sonstiges \_\_\_\_\_

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

Tragen Sie ein Hörgerät  Ja  Nein

Kiefergelenkprobleme?  Ja  Nein

Haben Sie eine Zahnschiene?  Ja  Nein

Zahnfüllmaterialien: Amalgam, Kunststoff, Gold, Keramik.

Wurden bei Ihnen Amalgamfüllungen entfernt?  Ja  Nein

Wurde eine Amalgamausleitung durchgeführt?  Ja  Nein

Nase Operationen, Nasennebenhöhlenentzündungen, behinderte Nasenatmung

Mandeln Operation, häufig Mandelentzündungen als Kind / heute

Schilddrüse Überfunktion, Unterfunktion, Vergrößerung, Operation, Hashimoto

Brust Herzbeschwerden, Stechen, Druckgefühl, Infarkt, Beklemmung, Rhythmusstörungen, Herzschrittmacher, Sonstiges \_\_\_\_\_

Lunge Bronchitis, häufig Husten, Sonstiges \_\_\_\_\_

Leber Entzündung, Hepatitis, Sonstiges \_\_\_\_\_

Galle Steine, Koliken, Operation, Druck im Oberbauch, Fettunverträglichkeit.

Magen Völlegefühl, Gastritis, Appetitlosigkeit, Geschwür, Operation, Sonstiges \_\_\_\_\_

---

Darm Infektionen, Hämorrhoiden, Blinddarmoperation, Blähungen, Sonstiges \_\_\_\_\_

---

Stuhlgang täglich, jeden 2. 3. 4. Tag, unregelmäßig,

Neigung zu Verstopfungen, Neigung zu Durchfall, Stuhl hell, dunkel, hart, knollig, weich, schmierig, kann Stuhl nicht halten, Gefühl nicht fertig zu werden, Stuhlgang wechselhaft usw.

---

Rücken Beweglichkeit, Verspannungen, Belastungen, Schmerzen, Rheuma, Bandscheibenvorfall, Sonstiges. \_\_\_\_\_

---

Arme Verletzungen, Schmerzen, Kribbeln, Tennisellenbogen, kalte Hände Sonstiges.

---

Beine Verletzungen, Schmerzen, Krampfadern, Operationen, Verletzungen, kalte Füße, Kribbeln, Taubheitsgefühl, Sonstiges \_\_\_\_\_

Tragen Sie eine Schuhzurichtung oder Einlagen?  Ja  Nein

Wenn ja welche, seit wann? \_\_\_\_\_

Haut / Nägel Verbrennungen, Geschwüre, Hautjucken, Warzen, Pilze, eingewachsene Nägel, Nagelbettentzündung, Sonstiges \_\_\_\_\_

Unterleib – Gynäkologie (nur Frauen)

Ausfluss- Eierstockentzündungen, Tumore, Zysten, Myome, Endometriose, Gebärmutterentfernung, Geschlechtskrankheiten, Sonstiges

---

Haben Sie Kinder?  Ja  Nein Wie viele? \_\_\_\_\_

Wie haben Sie entbunden? \_\_\_\_\_

Beschwerden vor – nach – während der Regel – welche \_\_\_\_\_

klimakterische Beschwerden \_\_\_\_\_

Nehmen Sie Verhütungsmittel?  Ja  Nein welche \_\_\_\_\_

Besteht die Möglichkeit einer Schwangerschaft?  Ja  Nein welche Woche \_\_\_\_\_

Besteht ein unerfüllter Kinderwunsch?  Ja  Nein

Prostata (nur Männer)

Prostata vergrößert, Entzündung gehabt, aktuell, Beschwerden beim Wasserlassen, Sonstiges.

---

Niere / Blase Nierensteine, Entzündungen, Wanderniere, Sonstiges.

---

Harn viel, wenig, häufig, kann nicht halten, Sonstiges. \_\_\_\_\_

Sexualität vermindert, verstärkt, unbefriedigt, Beschwerden nach Geschlechtsverkehr usw.

---

### Allgemeines

Mein aktuelles Körpergewicht \_\_\_\_\_

Meine Körpergröße \_\_\_\_\_

Mein Blutdruck \_\_\_\_\_

Leben Sie nach bestimmten Ernährungsrichtlinien? \_\_\_\_\_

Trinken Sie Alkohol?  Ja  Nein Wie viel? \_\_\_\_\_

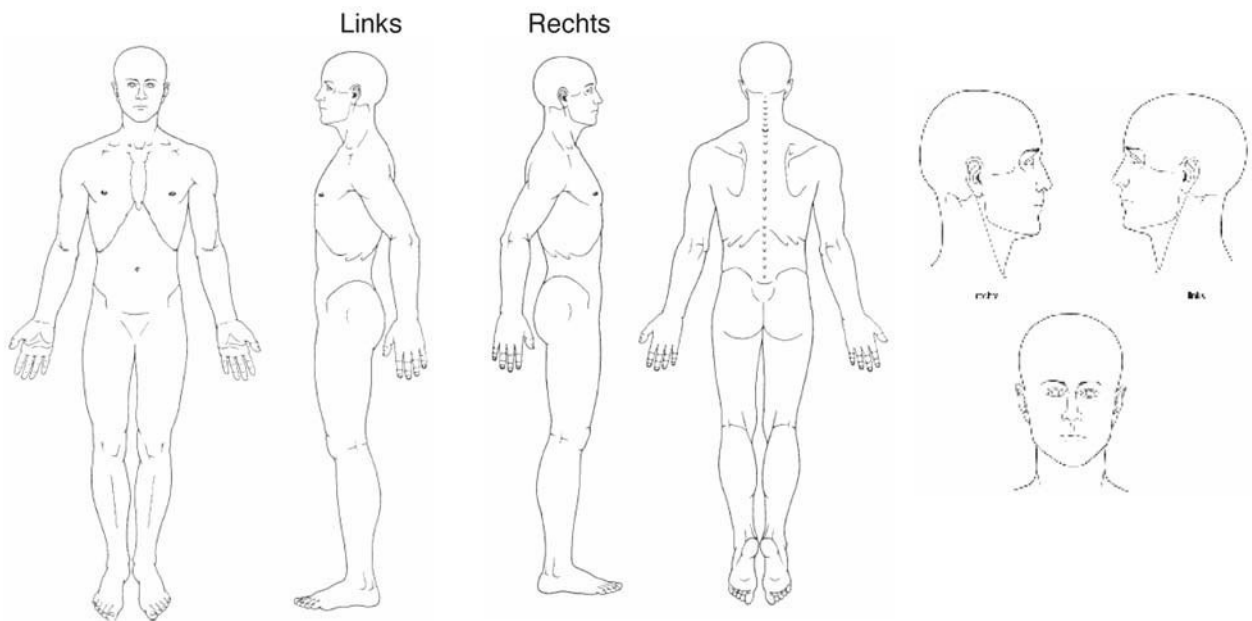
Rauchen Sie?  Ja  Nein Wie viel? \_\_\_\_\_  
 Wie viel Liter und was Trinken Sie pro Tag? \_\_\_\_\_  
 Treiben Sie Sport? Welchen, seit wann, wie oft? \_\_\_\_\_

Schlaf Schlaflosigkeit, häufiges Erwachen (Uhrzeit .....), Schwierigkeiten beim Einschlafen, Sprechen im Schlaf, Unruhe in den Beinen, Nachtschweiß, Zähneknirschen

Schmerzfragen

Wo treten Schmerzen auf?

Bitte markieren Sie genau den Schmerzort und schraffieren die Fläche der Schmerzausstrahlung.



Schmerzsкала für den Hauptschmerz

[1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10]

Schwach

mittel

sehr stark (stärkste vorstellbare Schmerz)

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

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

Wie oft haben Sie die Schmerzen? Immer, mehrmals am Tag, alle paar Tage, wöchentlich, seltener, usw. \_\_\_\_\_

Wie ist das Schmerzempfinden? Ziehend, brennend, stechend, klopfend, drückend, krabbelnd, reißend, kolikartig, krampfend, dumpf, beengend, bohrend.

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

Welche Ereignisse verbessern? Ruhe, Schlaf, Bewegung, Kälte, Wärme, Sport, Schmerzmittel, Urlaub, Sonstiges \_\_\_\_\_

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

Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit ein? \_\_\_\_\_

Welche Behandlungen haben Sie bisher erhalten? Mit welchem Erfolg? \_\_\_\_\_

Bitte erfassen Sie alle bisherigen Erkrankungen die Sie durchgemacht haben \_\_\_\_\_

Bitte bringen Sie vorhandene Befunde (Labor, Röntgen, CT, MRT, PET, ...) zum nächsten Termin mit.

#### Behandlungsgebühr

Gesetzlich Versicherte: je Behandlung 90€ in bar.

Privat Versicherte: je Behandlung 90€ auf Rechnung, auf Wunsch auch nach Gebührenordnung für Heilpraktiker.

#### Zur Behandlung

JEDE Behandlung kann mit einem Risiko behaftet sein, sei es die Chiropraktik, Osteopathie, Akupunktur oder jeder andere Methode.

Ich arbeite mit sehr gezielten Techniken und schule mich regelmäßig weiter. Somit ist ein Risiko auf ein absolutes Minimum eingeschränkt.

Anhand des Anamnesebogens und der anschließenden Untersuchung können eventuelle Risikofaktoren festgestellt werden.

Bei Unklarheiten sprechen Sie bitte mit mir.

Hiermit beantrage ich für mich bzw. meinen oben genannten Angehörigen die Osteopathische Untersuchung / Behandlung durch  Herrn J. Tschikanzew  Herr Peter Mellert.

Ich verpflichte mich das Honorar für die Behandlung selbst zu tragen, unabhängig von Ansprüchen Dritter, z.B. Versicherung, Beihilfe usw.

Vereinbarte Behandlungstermine, die nicht 24 Stunden vorher abgesagt wurden, müssen leider in Rechnung gestellt werden.

Ich habe den Fragebogen vollständig gelesen und verstanden und nach bestem Wissen und Gewissen ausgefüllt.

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

(bei Minderjährigen der Erziehungsberechtigte)

## Einwilligungserklärung in die Datenverarbeitung

von Herrn / Frau .....

Anschrift.....

Ich bin einverstanden, dass durch die Praxis **Therapiezentrum am Schloss** meine Daten zu folgenden Zwecken erhoben, verarbeitet und genutzt werden:

- zur Pflege der Kontaktdaten
- der Erfüllung des Behandlungsvertrages
- zur Abrechnung erbrachter Leistungen mit Krankenkassen, Abrechnungsstellen oder dem Patienten
- zur therapeutischen Dokumentation
- zum Erstellen von Behandlungsberichten und Arztbriefen.

Zu diesen Zwecken können Ihre Daten an den überweisenden Arzt, die Krankenkasse und/ oder die Abrechnungsfirma weitergegeben oder übermittelt werden. Dort werden diese ebenfalls zu folgenden Zwecken verarbeitet und genutzt:

- zur Pflege der Kontaktdaten
- zur Abrechnung erbrachter Leistungen mit Krankenkassen
- zur therapeutischen Dokumentation.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass

- die im Rahmen der vorstehenden genannten Zweck erhobenen persönlichen Daten meiner Person unter Beachtung des DSGVO und des BDSG erhoben, verarbeitet, genutzt und übermittelt werden.
- Die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten auf freiwilliger Basis erfolgt und dass ich mein Einverständnis verweigern mit der Folge, dass der Behandlungsvertrag nicht erfüllt werden kann/ nicht zustande kommt und die Behandlung mit der Krankenkasse nicht abgerechnet werden kann.
- Ich bin jederzeit berechtigt, Auskunft über die zu meiner Person gespeicherten Daten zu verlangen.
- Ich bin jederzeit berechtigt, die Berechtigung, Löschung oder Sperrung einzelner personenbezogener Daten zu verlangen.
- Ich bin jederzeit berechtigt, mit Wirkung für die Zukunft diese Einwilligungserklärung zu widerrufen.

Im Falle des Widerrufs ist dieser zu richten an:

**Therapiezentrum am Schloss – Ansbacher Str. 131 – 90449 Nürnberg**

Im Falle des Widerrufs werden meine Daten nach Ablauf gesetzlicher Fristen und falls solche nicht mehr zu beachten sind, mit dem Zugang der Willenserklärung der Praxis gelöscht. Die Praxis wird meinen Widerruf an die o. g. Dritten weiterleiten, die ihrerseits dann meine Daten löschen.

Die „Einwilligungserklärung in die Datenverarbeitung“ habe ich gelesen und verstanden.