

# Anamnese-Fragebogen

(Bitte sorgfältig ausfüllen, nicht zutreffendes streichen oder ggf. ergänzen!)



**Naturheilpraxis**  
Heilpraktikerin Birgit Bügener

**Naturheilpraxis**  
Heilpraktikerin Birgit Bügener  
Grete-Unrein-Straße 2, 07745 Jena  
**Mobil:** +49 (0) 170 5715946  
**E-Mail:** b.buegener@t-online.de  
www.naturheilpraxis-buegener.de

Datum: \_\_\_\_\_

Vorname		Nachname			
Straße, Nr.					
PLZ	Wohnort				
Telefon		Mobil		Krankenversicherung	
E-Mail			Beruf, frühere Berufe/Tätigkeiten		
Geburtsstag	Alter	Familienstand	seit	Blutgruppe	Körpergröße in cm
				Körpergewicht in kg	

## Akute Beschwerden

Unter welchen akuten Beschwerden leiden Sie und seit wann? Ordnen Sie die Beschwerden nach Ihrer Wichtigkeit.

1 \_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_

2 \_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_

3 \_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_

4 \_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_

5 \_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_

Was war unmittelbar vor dem ersten Auftreten Ihrer jetzigen Beschwerden?

- Kummer  
  Trauer  
  Schreck  
  Reise  
  Operationen  
  Hautausschläge  
  Andere Erkrankung  
 Sonstiges \_\_\_\_\_

Welche Behandlungen haben Sie, von wem, bereits gegen die Beschwerden bekommen? Welche Erfolge wurden erzielt?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Was erwarten Sie von unserer Behandlung?

\_\_\_\_\_

Listen Sie bitte alle Medikamente/Nahrungsergänzungsmittel auf, die Sie einnehmen.

Name	seit	Warum	Dosierung



## Körper und Organfunktionen

### Herz

- Beschwerden
- Stechen
- Druckgefühl
- Rhythmusstörungen
- Beklemmungen
- Infarkt

### Brustdrüse

- Beschwerden
- Operationen

### Lunge

- Bronchitis
- häufig Husten
- Atemnot
- Allergien/Asthma\*

### Galle

- Steine
- Koliken
- Operationen
- Druck im Oberbauch
- Fettunverträglichkeit

### Magen

- Völlegefühl
- Sodbrennen
- Appetitlosigkeit
- Gastritis

### Blutgerinnungsstörung

- ja  nein

### Rücken

- Schmerzen
- Hexenschuss
- Ischias
- Skoliose
- Verspannungen
- Verhärtungen
- Steifigkeit
- Rheuma

### Leber

- Hepatitis/Entzündungen
- Fettleber

### Nieren/Blase

- Nierensteine
- Nierenerkrankungen
- Blasenentzündungen
- Häufigkeit: \_\_\_\_\_

### Harn

- viel  wenig  häufig
- kann nicht halten
- nächtlicher Harndrang

### Arme

- Verletzungen
- Schmerzen
- Tennisellenbogen
- kalte Hände
- Kribbeln
- Taubheitsgefühl

### Beine

- Schmerzen
- Krampfadern
- Operationen
- Verletzungen
- kalte Füße
- Kribbeln
- Taubheitsgefühl

### Haut/Nägel

- Verbrennungen
- Narben
- Geschwüre
- Hautjucken
- Warzen
- eingewachsene Nägel
- Nagelbettentzündungen
- Fußpilz
- Nagelpilz
- Pearcings
- Allergien auf: \_\_\_\_\_

### Darm

- Blähungen
- Verstopfung
- Reizdarm
- Colitis ulcerosa
- Morbus Crohn
- Polypen
- Divertikel
- Verwachsungen
- Hämorrhoiden

### Stuhlgang

- täglich: 1 bis \_\_\_\_\_ mal
- jeden 2. Tag
- jeden 3. Tag
- unregelmäßig
- klebrige Rückstände nach WC-Spülung
- Neigung zu Durchfall

### Farbe/Geruch

- hell  dunkel
- übelriechend

### Konsistenz

- weich  hart  knollig
- schmierig  pastenartig
- kann Stuhl nicht halten
- Gefühl nicht fertig zu werden

## Gynäkologischer Bereich

### Ausfluß?

- ja  nein
- weiß  gelb
- wundmachend

### Erste Menses?

### Letzte Menses?

### Blutungen sind:

- hell
- dunkel
- klumpig
- braun
- regelmäßig
- unregelmäßig

- Schmerzen
- Eierstockentzündungen
- Ausschabung
- Geburten/Wie viele?  
\_\_\_\_\_

- Fehlgeburten/Wie viele?  
\_\_\_\_\_

- Abtreibungen
- Tumore
- Zysten
- Myome
- Geschlechtskrankheiten
- Sterilisation

### Sexualität (freiwillige Angaben)

- verstärkt
- unbefriedigt
- Beschwerden beim Geschlechtsverkehr
- Probleme mit der Sexualität
- glücklich und zufrieden

### Verhütungsmaßnahmen

- Pille
- Spirale
- Hormonspirale
- Hormonspritze
- andere
- keine

## Urologischer Bereich

### Prostata

- vergrößert
- Entzündungen
- Beschwerden beim Wasserlassen
- Operation
- Geschlechtskrankheiten
- Sterilisation
- Erektionsprobleme

### Sexualität (freiwillige Angaben)

- verstärkt
- unbefriedigt
- Beschwerden beim Geschlechtsverkehr
- Probleme mit der Sexualität
- glücklich und zufrieden

\* Nicht zutreffendes bitte streichen!





## Behandlungskosten

---

Die Kosten für eine Behandlung beim Heilpraktiker werden von den meisten gesetzlichen Krankenkassen nicht getragen und müssen daher von Ihnen selbst übernommen werden. Allerdings besteht auch die Möglichkeit, einen entsprechenden Zusatztarif bei einer privaten Krankenkasse abzuschließen, der in diesen Fällen einspringt. Private Krankenkassen übernehmen heilpraktische Leistungen ganz oder teilweise entsprechend den von Ihnen abgeschlossenen Tarifoptionen, in der Regel jedoch nur gemäß der Gebührenordnung für Heilpraktiker (GebüH). Heilpraktiker sind nicht an die GebüH gebunden. Da die Erstattungssätze nach der GebüH nicht kostendeckend sind, rechne ich auf Basis untenstehender Kostensätze ab.

Über die Höhe der für Sie zu erwartenden Behandlungskosten und den konkreten Abrechnungsmodus kläre ich Sie vor Beginn der Behandlung auf. Es ist empfehlenswert, dass Sie sich gegebenenfalls bereits im Vorfeld bei Ihrer Krankenkasse über die Höhe der für Sie zutreffenden Erstattungssätze informieren. Von der Krankenkasse nicht übernommene Kosten sind von Ihnen selbst zu tragen.

### **Die Behandlungskosten sind direkt im Anschluss an die Behandlung in bar zu begleichen.**

Sie erhalten eine ordnungsgemäße Quittung. Sollten Sie für Ihre Krankenkasse eine detaillierte Rechnung auf Basis der GebüH benötigen, so bekommen Sie diese gerne von mir erstellt.

### **Auszug Behandlungskosten für selbstzahlende Patienten:**

Ausführliche Anamnese, Puls- und Zungendiagnose 100 €

Behandlungen, Konsultationen bzw. Beratungsleistungen (einschließlich telefonisch) berechne ich 40 € pro halbe Stunde. Die Abrechnung erfolgt nach Zeiteinheit.

Meine Praxis ist eine Bestellpraxis. Deshalb ist es sehr wichtig, dass Sie Termine mindestens 48 Stunden im Voraus absagen, wenn Sie sie nicht wahrnehmen können. Andernfalls muss ich die nicht stattgefundene Behandlung in Rechnung stellen (einschließlich der für den Termin bestellten Blutegel bei Blutegelbehandlungen).

## Datenschutzrechtliche Einwilligung in die Verarbeitung personenbezogener Daten

---

Hiermit **bestätige** ich Folgendes:

- Ich bin darauf hingewiesen worden, dass die Verarbeitung meiner Daten zum Zweck der medizinischen Behandlung (Anamnese, Befunderhebung, Diagnose, Therapie, Nachsorge etc.) sowie aufgrund des zugrunde liegenden Behandlungsvertrags erforderlich ist.
- Ich bin darauf hingewiesen worden, dass die Einwilligung die Verarbeitung sensibler Daten (Gesundheitsdaten) umfasst.
- Die zur sachgerechten Information erforderlichen Angaben habe ich vor der Datenerhebung von der verantwortlichen Person mitgeteilt bekommen.
- Meine Einwilligung erfolgt freiwillig. Mir ist bekannt, dass ich nicht verpflichtet bin, diese Einwilligung zu erteilen. Erteile ich diese Einwilligung nicht, entstehen mir hierdurch keine Nachteile. Ohne Einwilligung kann jedoch grundsätzlich keine Behandlung durch den Verantwortlichen erfolgen.
- Den Inhalt der abgedruckten Widerrufsbelehrung habe ich vor Erteilung der Einwilligung zur Kenntnis genommen.

### **Widerrufsbelehrung**

Diese Einwilligung kann jederzeit und ohne Angabe von Gründen widerrufen werden. Die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung wird dadurch nicht berührt. Gesetzliche Erlaubnistatbestände bleiben von einem Widerruf der Einwilligung unberührt. Im Falle des Widerrufs ist eine Fortsetzung der Behandlung durch den Verantwortlichen grundsätzlich nicht mehr möglich. Die Einwilligung kann mündlich oder schriftlich widerrufen werden.

**Die Hinweise zu den Behandlungskosten und zum Datenschutz habe ich gelesen und akzeptiere diese.**

---

Datum, Unterschrift