Heilpraxis
Elisabeth Götte
Heilpraktikerin

Steilshooper Straße 178,
22305 Hamburg
040 - 30852533

kontakt@heilpraxis-goette.de
www.heilpraxis-goette.de

# Anamnesebogen

Name _____ Vorname _____

Geburtstag _____

Wer hat meine Praxis empfohlen? _____

**Liebe Patientin, lieber Patient,**

bitte nehmen Sie sich genug Zeit zum Durcharbeiten und Ausfüllen dieses Fragebogens. Gemeinsam mit dem Anamnesegespräch ist er die Grundlage für die Behandlung nach den Regeln der Klassischen Homöopathie. Bei den Beispielen können Sie Zutreffendes unterstreichen und auch gerne noch ergänzende Worte zu den einzelnen Punkten, zum Krankheitsverlauf oder zur Krankengeschichte aufschreiben. Für eine homöopathische Anamnese sind alle Einflüsse von Bedeutung, z.B. was bessert sich, was verschlechtert sich, wann erstmalig aufgetreten usw. Auch wenn etwas für Sie noch so unwichtig erscheint, erwähnen Sie es bitte.

**Bitte bringen Sie folgende Dinge mit:**

- Alle ärztlichen und zahnärztlichen Befunde (sofern sie nicht älter als 12 Monate sind)
- Impfpass
- Diesen ausgefüllten Anamnesebogen und den Behandlungsvertrag
- Beipackzettel der Medikamente, die Sie zur Zeit einnehmen
- Ein Foto

**Vielen Dank für Ihre Mitarbeit und das mir entgegen gebrachte Vertrauen!**

**Unter welchen Beschwerden leiden Sie?** (z.B. auch wo sind die Beschwerden, seit wann, wie, zu welcher Zeit treten sie auf, wodurch bessern oder verschlechtern diese sich)

**Was war unmittelbar vor dem ersten Auftreten der jetzigen Beschwerden?** (z.B. eine Erkrankung, Kummer, Trauer, Schock, Ärger, Sorgen, Unfall, usw. )

**Nehmen Sie zur Zeit Medikamente oder Nahrungsergänzungsmittel ein? Welche?** (Bitte bringen Sie die Beipackzettel mit)

**Haben Sie im letzten Jahr Antibiotika und/oder Cortison eingenommen?** (Wenn ja, warum?)

Nein

Ja

**Welche Krankheiten sind in Ihrer Familie bekannt?** (z.B. Gefäßkrankheiten, Allergien, Krebs, Übergewicht, Zuckerkrankheiten, Geisteskrankheiten, Tuberkulose, Hautkrankheiten, Gicht, usw.)

**Welche Impfungen haben Sie bekommen?** (Bringen Sie bitte Ihren Impfpass mit)

**Hat es Reaktionen auf die Impfungen gegeben?** (z.B. Fieber, Hautveränderungen, Magen-Darm-Beschwerden, Unruhe, Schlaflosigkeit, Verhaltensänderungen, usw.)

**Welche Infektionskrankheiten haben Sie durchgemacht?** (z.B. Masern, Mumps, Röteln, Keuchhusten, Scharlach, Windpocken, Tropenkrankheiten, Tuberkulose, Geschlechtskrankheiten, usw.)

**Gibt es Allergien?** (Wenn ja, welche?)

Nein

Ja

**Kopf** (z.B. Kopfschmerzen, Schwindel, Benommenheit, usw.)

**Augen** (z.B. Rötungen, Juckreiz, Brennen, Lichtempfindlichkeit, Kurzsichtigkeit, Weitsichtigkeit, usw.)

**Nase** (Trockenheit, Niesreiz, Schnupfen, usw. )

**Ohren** ( z.B. Mittelohrentzündung, Schwerhörigkeit, Tinnitus, usw.)

**Mund** (z.B. Geschmack, Trockenheit, Speichelfluss, Aphten, usw.)

**Zähne** (z.B. Zahnbeschwerden, Amalganfüllungen, tote Zähne, Kunststoffe, Gold, Keramik, usw.)

**Hals** (z.B. Mandelentzündung, Mandel-OP, usw.)

**Schilddrüse** (z.B. Überfunktion, Unterfunktion, Druck-/Kloßgefühl, usw.)

**Lunge** (z.B. häufiges Husten, Bronchitis, Schmerzen, Auswurf, Asthma, usw.)

**Herz** (z.B. Druckgefühl, Stechen, Brennen, Beklemmungen, Infarkt, Angina pectoris, usw.)

**Leber – Galle** (z.B. Druck/Völlegefühl im rechten Oberbauch, Gallensteine, Gallenblasenentzündung, Hepatitis, Fettverträglichkeit, usw.)

**Bewegungsapparat** (z.B. Stechen, Ziehen, Steifigkeit, Kribbeln, Taubheitsgefühl, Krämpfe, kalte Hände/Füße, Gelenkbeschwerden, Krampfadern, Venenentzündungen, Durchblutungsstörungen, Rheuma, usw.)

**Rücken** (z.B. Hexenschuss, Ischias, Verspannungen, Wirbelsäulenveränderungen, usw.)

**Magen-Darm-Trakt** (z.B. Aufstoßen, Sodbrennen, Übelkeit, Erbrechen, Appetitlosigkeit, Blähungen, Koliken, Verstopfungen, Durchfall, Hämorrhoiden, usw.)

**Stuhlgang** (z.B. hell, dunkel, fettig, breiig, pastenartig, blutig, übelriechend, geformt, knollig, hart, trocken, dünn, bleistiftdünn, wässrig, schmerzhaft, usw.)

Tägl: jeden_____Tag

**Urogenitaltrakt** (z.B. Stechen, Brennen, Juckreiz, Schmerzen, Entzündungen, usw.)

**Urin** (wenig/viel/oft/Geruch/Farbe, usw.)

**Gynäkologie** (z.B. Ausfluss, Eierstockentzündung, Zysten, Myom, Condylome, Geschlechtskrankheiten, Tumore, Operationen, Fehlgeburten, Ausschabungen, Wechseljahresbeschwerden, usw.)

**Menses** (z.B. stark, schwach, kurz, lang, hell, dunkel, braun, klumpig, schmerzhaft vor oder während der Menstruation, Abstand der Regelblutungen, wann war die erste Regelblutung_____, wann war die letzte Regelblutung_____?

**Sexualität** (z.B. vermindert, verstärkt, unbefriedigt, Beschwerden beim Verkehr, usw.)

Wie verhüten Sie?

**Prostata** (z.B. Vergrößerung, Beschwerden beim Wasserlassen, Brennen, „Nachträufeln“, Entzündungen, usw.)

**Haut** (z.B. trocken, fettig, Rötungen, Brennen, Juckreiz, Akne, Ekzeme, Herpes, Warzen, Allergien, Neurodermitis, Narben, Pilze, Geschwüre, usw.)

**Haare** (z.B. Haarwuchs schnell/langsam, Haarausfall, usw.)

**Nägel** (z.B. fleckig, spröde, gerillt, weisse Flecken, usw.)

**Schlaf** (z.B. Schlaflosigkeit, häufiges Erwachen, Schwierigkeiten beim Einschlafen, Sprechen im Schlaf, Alpträume, Zähneknirschen, Nachtschweiß, usw.)

**Schlaflage** (z.B. Bauch, Rücken, links, rechts, sitzend, kniend, zusammengerollt, Hände über dem Kopf, usw.)

**Appetit** (z.B. keinen, wenig, viel, Heißhunger, usw.)

**Nahrungsmittelverlangen** (z.B. nach Süßem, Saurem, Salzigem, Fett, Getränken, Lebensmitteln, usw.)

**Nahrungsmittelabneigung** (z.B. gegen Süßes, Saures, Salziges, Fett, Getränke, Lebensmittel, usw.)

**Durst** (z.B. keinen, viel, wenig, auf Kaltes, auf Heißes, usw.)

**Trinken Sie Alkohol?** Wie viel? Wie oft?

**Rauchen Sie?** Wenn ja, wie viel?

**Geschmack im Mund** (z.B. süß, Sauer, salzig, fade, bitter, metallisch, usw.)

**Schweiß** (z.B. kalt, warm, Geruch, bestimmte Körperstellen, usw.)

**Temperaturempfinden** (z.B. frostig, kalt, warm, hitzig, usw.)

**Stimmung** (z.B. ausgeglichen, fröhlich, exaltiert, traurig, weinerlich, depressiv, usw.)

**Temperament** (z.B. mutig, zurückhaltend, lebhaft, nervös, optimistisch, pessimistisch, friedlich, aufbrausend, empfindsam, willensstark….usw.)

**Geselligkeit** (mögen Sie es z.B. lieber einsam oder gesellig; haben Sie viele enge Freunde oder eher wenige, usw.)

**Gibt es Ängste oder emotionale Themen die sie im Alltag regelmäßig begleiten?**

**Was tun Sie gerne in Ihrer Freizeit?**

**DATENSCHUTZRECHTLICHE EINWILLIGUNG IN DIE VERARBEITUNG PERSONENBEZOGENER DATEN gemäß Art. 7 DSGVO**

Hiermit erteile ich

Vorname: _____

Name: _____

Geburtsdatum: _____

meine **Einwilligung** in die Verarbeitung meiner Gesundheitsdaten im Zusammenhang mit meiner Behandlung in der Praxis der/des datenschutzrechtlich verantwortlichen Heilpraktikerin/ Heilpraktikers:

Elisabeth Götte
Steilshooper Straße 178
22305 Hamburg

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.

_____ _____ _____

Ort, Datum Unterschrift der/des Patientin/Patienten

**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. Der Widerruf ist zu richten an:

Elisabeth Götte
Steilshooper Straße 178
22305 Hamburg

# PATIENTENINFORMATION ZUM DATENSCHUTZ
# gemäß Art. 13 DSGVO

**Sehr geehrte Patienten, sehr geehrter Patient,**
es ist mir ein Anliegen, Ihre personenbezogenen Daten zu schützen. Nach der EU-Datenschutz-Verordnung (DSGVO) bin ich verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck in meiner Praxis Daten erfasst, gespeichert oder weitergeleitet werden. Außerdem finden Sie in dieser Information auch eine kurze Übersicht zu Ihren Rechten im Rahmen des Datenschutzes.

## Verantwortlich für die Datenverarbeitung in der Praxis

| **Name** | |
|---|---|
| Praxisname | Heilpraxis Elisabeth Götte, Heilprakterin |
| Adresse | Steilshooper Straße 178, 22305 Hamburg |
| E-Mail/Telefon | kontakt@homoeopathie-goette.de; 040-30852533 |
| **Datenschutzbeauftragter:** | Für diese Praxis nicht erforderlich |

## Zweck der Verarbeitung
Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund der gesetzlichen Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und Ihrem Heilpraktiker und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen.
Bei den Daten, die ich verarbeite, handelt es sich insbesondere um Gesundheitsdaten, zu denen Anamnese, Diagnose, Therapievorschläge und Befunde gehören, die ich oder andere Therapeuten erheben. Zu diesem Zweck können mir auch andere Heilpraktiker, Ärzte und Therapeuten Daten zur Verfügung stellen.
Die Erhebung von Gesundheitsdaten ist Voraussetzung für Ihre sorgfältige Behandlung. Möchten Sie die notwendigen Informationen nicht geben, kann eine Behandlung nicht erfolgen.

## Empfänger Ihrer Daten
Ich übermittle Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt/vorgegeben ist oder Sie eingewilligt haben.
Die Übermittlung erfolgt zum Zweck der Abrechnung. Im Einzelfall erfolgt die Übermittlung Ihrer Daten gegebenenfalls an weitere berechtigte Empfänger.

## Speicherung Ihrer Daten
Ich bewahre Ihre personenbezogenen Daten nur solange auf, wie dies für die Durchführung der Behandlung im Rahmen der gesetzlichen Anforderungen erforderlich ist. Danach bin ich verpflichtet, diese Daten mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren. Nach anderen Vorschriften können sich längere Aufbewahrungsfristen ergeben.

## Ihre Rechte zum Datenschutz
Sie haben das Recht, Auskunft über Ihre personenbezogenen Daten zu verlangen und Sie können die Berichtigung falscher Daten verlangen.
Unter bestimmten Voraussetzungen steht Ihnen das Recht auf Löschung Ihrer Daten und das Recht auf Einschränkung der Datenverarbeitung zu.
Die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten erfolgt auf rechtlicher Basis. Bei Einwilligung haben Sie das Recht, diese für die zukünftige Verarbeitung zu widerrufen. Eine Behandlung kann dann nicht weitergeführt werden.
Außerdem haben Sie das Recht, sich bei der zuständigen Aufsichtsbehörde für Datenschutz zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt.

## Rechtliche Grundlagen
Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten ist Artikel 9 Absatz 2, h. der DSGVO in Verbindung mit Paragraf 22 Absatz 1 Nr.1 b. des Bundesdatenschutzgesetzes.

**Ihre Praxis**

**Elisabeth Götte**
**Steilshooper Straße 178**
**22305 Hamburg**

## Die Anschrift der für uns zuständigen Aufsichtsbehörde lautet:
Name: Aufsichtsbehörde Datenschutz Hamburg
Anschrift: Klosterwall 6, 20095 Hamburg, 040/428 54-40 40, mailbox@datenschutz.hamburg.de