

**Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,**

ich möchte Sie im Vorwege bitten, für eine genaue Erstanamnese einige Informationen über Ihren Gesundheitszustand, mit Befunden und Zeitpunkten zusammenzutragen. Diese Vorarbeit verkürzt die Zeit der Befundaufnahme und Ursachensuche erheblich, und wir können uns gleich während Ihrer ersten Konsultation bei mir der Behandlung Ihrer Beschwerden widmen. Bitte kreuzen Sie die zutreffenden Kästchen an, markieren Sie die Bereiche, zu denen Sie evtl. Fragen haben und lassen Sie die nicht zutreffenden Kästchen frei. Bitte bringen Sie Folgendes soweit vorhanden mit: Impfpass, Röntgenpass, Befunde (Blut, MRT, CT...) sowie alle Medikamente, welche Sie zurzeit einnehmen. Bitte geben Sie Ihre Beschwerden, falls es Ihnen möglich ist mit einer genaueren Beschreibung an z.B.: mit einer Benotung von 1-10: 1 bedeutet fast nichts, 5 bedeutet gerade aushaltbar und 10 bedeutet der schlimmst mögliche Zustand. Gerne ergänzen Sie auch z.B.: oft, selten, manchmal oder 1x im Monat, Ort der Beschwerden usw..

Vielen Dank

Regina Köhler

**Persönliche Daten:**

Name:

Name des Hausarztes:

Besteht z.Z. eine Schwangerschaft:

Ich gehe regelmäßigen zu ärztlichen Kontrollen beim:

- Gynäkologen / Urologen:
- Hautarzt:
- andere Therapeuten:

Geburtsdatum:

Datum:

Zeitpunkt des letzten Besuches beim Hausarzt:

- Augenarzt:
- weitere Fachärzte:

**Sozial Anamnese**

Mein Beruf:

Ich habe folgende Kinder (Alter, Geschlecht):

Mein Familienstand:

**Allgemeine Anamnese**

Mein Alter:

Mein Gewicht:

Mein Stuhlgang ist: /tägl.-wöch.

Ich esse Obst/Gemüse: /tägl.

Ich trinke Kaffee: /tägl.

Ich mache Sport: /wöch.

Meine Größe:

Meine Trinkmenge ist: l/tägl.

Mein Appetit ist:

Ich trinke Alkohol: /Monat

Ich rauche Zigaretten: /tägl.

**Akute Beschwerden – Bitte nennen Sie den Grund für die Kontaktaufnahme:**

-----  
 -----  
 -----  
 -----

- Das akute Auftreten der Beschwerden ist seit:
- Der allererste Zeitpunkt des Auftretens der Beschwerden war:
- Die erstauslösenden Umstände/Ursachen waren:
- Folgendes löst meine Beschwerde jetzt aus:
- Folgendes lindert meine Beschwerden:
- Folgendes verstärkt meine Beschwerden:
- Folgende Begleiterscheinungen stelle ich fest:
- Meine Beschwerden sind tageszeitlich schlimmer:
- Meine Beschwerden kommen regelmäßig:

**Ich habe /hatte folgende Erkrankungen (Zeitpunkt – ausführlichere Beschreibung siehe unten):**

- Ich habe / hatte folgende Schmerzen:
- Ich habe / hatte folgende Herzkreislauf Beschwerden:
- Ich habe / hatte Krebs:
- Ich habe / hatte folgende Allergien oder Autoimmunkrankheiten:
- Ich habe / hatte folgende chronische Krankheiten:
- Ich habe / hatte folgende Infektions Krankheiten:
- Ich hatte folgende Kinderkrankheiten:

**Meine bekannten Diagnosen/Laborwerte/Diagnostik/CT/MRT der letzten Zeit:**

- 
- 
- 
- 

**Ich hatte folgende Operationen (mit Zeitpunkt):**

- 
- 
- 
- 
- 

**Ich nehme zur Zeit folgende Medikamente regelmäßig oder unregelmäßig:**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Schlafmittel:   | <input type="checkbox"/> Schmerzmittel:       |
| <input type="checkbox"/> Abführmittel:   | <input type="checkbox"/> Pille zur Verhütung: |
| <input type="checkbox"/> Antidepressiva: | <input type="checkbox"/>                      |
| <input type="checkbox"/>                 | <input type="checkbox"/>                      |

**Ich lebe mit folgenden Umständen, die evtl. belastend wirken:**

- Ich habe / hatte Amalgam Füllungen (Anzahl/Ausleitung):
- Folgende wohnbedingte/berufliche Toxin Belastungen sind bekannt:
- Ich hatte Zeckenbisse/Borellien:
- Ich habe Hunde / Katzen / Vogel / Tierkontakte:
- Ich habe / hatte chronische Mandelentzündungen:
- Ich habe / hatte folgende Auslandsaufenthalte in der letzten Zeit:
- Ich habe / hatte folgende Infektionskrankheiten in meinem Umfeld:

**Ich bekam folgende Impfungen (Bitte Komplikationen wie Fieber, Rötung der Haut... angeben):**

- |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Zu meiner Kindheit (soweit bekannt):**

Beruf meiner Mutter:

- Ich war ein Wunschkind:
- Meine Mutter hatte vorzeitige Wehen:
- Weiteres zum Verlauf meiner Schwangerschaft:

Beruf meines Vaters:

- Ich war eine Früh/Spätgeburt:
- Ich wurde gestillt:
- Ich wurde per Kaiserschnitt geboren

**Ich habe folgende allgemeine Symptome – zeitweise oder dauerhaft:**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Fieber:                  | <input type="checkbox"/> Nachtschweiß:       |
| <input type="checkbox"/> Gewichtsverlust/Zunahme: | <input type="checkbox"/> Infektanfälligkeit: |

**Ich habe folgende spezifische Symptome:****1. Nervensystem & Psyche:**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ich habe Kopfschmerzen:            | <input type="checkbox"/> Ich habe Migräne:                               |
| <input type="checkbox"/> Ich habe Schwindel:                | <input type="checkbox"/> Ich habe eine Fallneigung:                      |
| <input type="checkbox"/> Ich hatte Bewusstlosigkeiten:      | <input type="checkbox"/> Ich habe Hörschwäche/Tinnitus:                  |
| <input type="checkbox"/> Ich habe Seh-/Hörstörungen:        | <input type="checkbox"/> Ich habe Geschmack-/ Geruchstörung:             |
| <input type="checkbox"/> Ich habe gefühllose Körperstellen: | <input type="checkbox"/> Ich habe Schlaflosigkeit / Schlafstörungen:     |
| <input type="checkbox"/> Ich habe Konzentrationsmangel:     | <input type="checkbox"/> Ich habe ein nicht so gutes Kurzzeitgedächtnis: |
| <input type="checkbox"/> Ich habe Müdigkeit:                | <input type="checkbox"/> Ich habe eine Leistungsminderung:               |
| <input type="checkbox"/> Ich fühle mich niedergeschlagen:   | <input type="checkbox"/> Ich habe einen Motivationsmangel:               |

**2. Herz – Kreislauf**

- |  |                                     |                                     |
|--|-------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ich habe Herzklopfen / Herzrasen:                                       | <input type="checkbox"/> zu schnell | <input type="checkbox"/> zu langsam |
| <input type="checkbox"/> Ich habe eine bekannte Herz Rhythmusstörung:                            |                                     |                                     |
| <input type="checkbox"/> Ich habe Schmerzen im Brustkorb / hinter dem Brustbein / im linken Arm: |                                     |                                     |
| <input type="checkbox"/> Ich habe Ödeme / Wassereinlagerungen:                                   |                                     |                                     |
| <input type="checkbox"/> Ich muss in der Nacht wasserlassen:                                     |                                     |                                     |

**3. Atmung**

- |  |                                 |  |
|--|---------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Ich habe Atembeschwerden:                     | <input type="checkbox"/> wann:  | <input type="checkbox"/> anfallsweise: |
| <input type="checkbox"/> Ich habe Husten:                              |                                 |  |
| <input type="checkbox"/> Ich habe Schmerzen beim Atmen:                |                                 |  |
| <input type="checkbox"/> Ich habe Auswurf:                             | <input type="checkbox"/> Farbe: | <input type="checkbox"/> blutig:       |
| <input type="checkbox"/> Ich mache mir eine Hochlagerung zum Schlafen: |                                 |  |

**4. Niere / Blase**

- |   |                                 |  |                                 |
|---|---------------------------------|--|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Mein Urin ist:                         | <input type="checkbox"/> Farbe: | <input type="checkbox"/> blutig:                               | <input type="checkbox"/> trübe: |
| <input type="checkbox"/> Mein Urin kommt oft & wenig:           |                                 | <input type="checkbox"/> Ich habe Schmerzen beim Wasserlassen: |                                 |
| <input type="checkbox"/> Ich stehe nachts zum Wasserlassen auf: |                                 | <input type="checkbox"/> Ich habe eine Inkontinenz:            |                                 |
| <input type="checkbox"/> Ich habe zwingenden Harndrang:         |                                 | <input type="checkbox"/> Ich habe Wassereinlagerungen / Ödeme: |                                 |
| <input type="checkbox"/> Ich habe vermehrten Durst:             |                                 |  |                                 |

**5. Bewegungsapparat (Bitte den Ort der Beschwerden angeben):**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ich habe Bewegungseinschränkungen: | <input type="checkbox"/> Ich habe eine Taubheit/Kribbelgefühl.:  |
| <input type="checkbox"/> Ich habe eine Kraftminderung:      | <input type="checkbox"/> Ich habe Morgensteifigkeit der Gelenke: |
| <input type="checkbox"/> Ich habe einen Anlaufschmerz:      | <input type="checkbox"/> Ich habe einen Belastungsschmerz:       |
| <input type="checkbox"/> Ich habe einen Ruheschmerz:        | <input type="checkbox"/> Ich habe Osteoporose:                   |

**6. Ernährung und Verdauung:**

- |  |                                      |   |                                  |
|--|--------------------------------------|---|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Mein Stuhlgang ist:                 | <input type="checkbox"/> regelmäßig; | <input type="checkbox"/> Farbe:                           | <input type="checkbox"/> blutig: |
| <input type="checkbox"/> Mein Appetit ist:                   |                                      | <input type="checkbox"/> Ich habe oft Heißhunger:         |                                  |
| <input type="checkbox"/> Ich habe Sodbrennen:                |                                      | <input type="checkbox"/> Ich habe Schluckbeschwerden:     |                                  |
| <input type="checkbox"/> Ich habe Übelkeit/Erbrechen:        |                                      | <input type="checkbox"/> Ich habe Blähungen:              |                                  |
| <input type="checkbox"/> Ich habe Afterjucken /Hämorrhoiden: |                                      | <input type="checkbox"/> Ich habe Durchfälle/Verstopfung: |                                  |

**7. Haut:**

- Ich habe Hautveränderungen:
- Ich habe Juckreiz:
- Ich habe Flecke (Farbe / Erhabenheit):
- Ich habe Narben:

**8. Gynäkologie / Urologie:**

- Menses alle:      /Tage    Dauer:      /Tage       regelmäßig:                       Stärke:
- Mein letzter Besuch beim Gynäkologen:
- Ich nehme die Pille:
- Anzahl der Geburten:
- Meine erste Regel war:
- Anzahl der Fehlgeburten:
- Meine letzte Regel war:
- Meine Prostata wurde vom Arzt untersucht (>35 Jahre):

**9. Allergien und Autoimmun Erkrankungen:**

- Diabetes mellitus:
- Autoimmunerkrankungen:
- Allergien (Heuschnupfen, Metalle, ...):
- Unverträglichkeiten (Nahrungsunverträglichkeiten,...):

**10. Meine Familienanamnese:** Mir sind folgende Erkrankungen in meiner Familie bekannt:

Krankheit	Ich	Mutter	Vater	Oma ♀	Opa ♀	Oma ♂	Opa ♂	Familie
Herzinfarkt:								
Schlaganfall:								
Herz – Gefäß Beschwerden:								
Hoher Cholesterin:								
Krebs:								
Diabetes:								
Rheuma/ Arthritis:								
Gicht:								
Allergien:								
Autoimmun Erkrankungen:								
Nierenbeschwerden:								
Atembeschwerden:								
Neurologische Beschwerden:								
Epilepsie:								
Sucht:								
Schizophrenie:								
Depression:								
Flucht/Einwanderung:								
Tbc:								
Osteoporose:								
Infektionskrankheiten:								
Gehirnerschütterungen:								
Sonstiges:								

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

Vielen Dank, dass Sie sich die Zeit genommen haben, Ihren Gesundheitsbericht zusammenzustellen.

Regina Köhler

# Heilpraxis Regina Köhler

Tinnhorn 24, 24813 Schülpl, Tel.: 04331 / 352450 www.shekina.de info@shekina.de

## Liebe Patientin, lieber Patient,

für die Differenzierung Ihres Behandlungsauftrages und der Aufklärung über Behandlungsrisiken beantworten Sie bitte folgende Fragen über sich:

### 1. Diese Fragen dienen der Definierung Ihres Behandlungsauftrages sowie dem Ausschluss der evtl. nicht gewünschten oder nicht vertragenen Therapien:

Ja    Nein

- Ich möchte eine der in der Heilpraxis Regina Köhler angewendeten Therapien ausschließen.
- Es ist mein Wunsch auch mit Medikamenten behandelt zu werden.
- Es ist mein Wunsch auch mit Homöopathie oder Spagyrik behandelt zu werden.
- Es ist mein Wunsch bei Beschwerden des Bewegungsapparates auch manuell behandelt zu werden, z.B. mit Osteopathie, Physiotherapie, der Dorn Methode oder z.B. Chiropraktik.
- Es ist mein Wunsch auch mit Schröpftherapie behandelt zu werden.
- Es ist mein Wunsch auch mit Injektionen und Ohrakupunktur behandelt zu werden.
- Es ist mein Wunsch auch mit Bioresonanz behandelt zu werden.
- Es ist mein Wunsch bei Bedarf, die seelischen Ursachen heraus zu finden und zu behandeln, zum Beispiel mit Kinesiologie oder Systemischer Therapie.
- Es ist mein Wunsch bei Bedarf mit Lichtkörperarbeit seelische Ursachen zu lösen.

### 2. Aufklärungspflicht: Mir sind die folgenden Risiken und Komplikationen der Behandlungsweisen bekannt:

#### a) Allergien und Unverträglichkeiten:

Bei der Gabe von Medikamenten kann es grundsätzlich zu Unverträglichkeiten, allergischen Reaktionen bis hin zum anaphylaktischen Schock oder Asthma kommen. Es ist mir bekannt, dass manche Medikamente auch bei bestehenden Organstörungen nicht angewendet werden dürfen oder es zu Wechselwirkungen kommen kann.

Ja    Nein

Ja    Nein

- Ihnen sind Unverträglichkeiten oder Allergien bei Medikamenten oder anderen Stoffen bekannt.
- Prokain:                        Insektenstiche: Bienen, Wespen, Mücken, andere...
- Echinacea:                        Antibiosen:
  
- Ihnen sind Vorschädigungen Ihrer Organe bekannt, welche eine Einschränkung in der Anwendung bestimmter Medikamente oder Behandlungsmethoden nach sich ziehen könnten:
- Niere:                                Leber:
- Osteoporose:
- Autoimmun Krankheiten:
- weiteres:
- Sie nehmen zurzeit Blutverdünner (Gerinnungshemmer), Beta-Blocker oder Cortison ein.
- Nur Für Patientinnen: Es besteht zurzeit eine Schwangerschaft.

#### b) Osteopathie, Physiotherapie, Dorn Methode, Chiropraktik:

Bei Behandlungen an der Wirbelsäule sind gewisse Risiken auch bei sachgemäßer Ausübung der Therapie nicht gänzlich auszuschließen. Bei einer vorgeschädigten Bandscheibe (Bandscheibenvorwölbung oder Bandscheibenvorfall) kann es ganz selten (weniger als 0,1 ‰) zu einer Schädigung der Nervenwurzel kommen. Die Symptome sind dabei Gefühlsstörungen in den Armen oder Beinen oder in noch weit geringeren Fällen Lähmungen. Halten diese Symptome länger an, kann eine Bandscheibenoperation nötig werden.

Sind die Gefäße vorgeschädigt, kann es zu Verletzungen der Halswirbelschlagader kommen. Diese Verletzungen sind ebenfalls sehr selten (weniger als 0,1 ‰). Dabei kann es auch zu einem Lösen von Blutgerinnseln kommen, die dann Gehirnabschnitte im Sinne eines Schlaganfalls schädigen können. Diese Komplikation erfordert sofortige Behandlung im Krankenhaus, da sie lebensbedrohlich sein kann.

Ja

Nein

- Dies wurde zur Kenntnis genommen.     Diese Behandlung wird ausdrücklich nicht gewünscht.

### c) Injektionen und Ohrakupunktur:

Um eine schnelle Wirkung zu erreichen, ist oft die Gabe eines Medikamentes über eine Spritze oder eine Nadelung sinnvoll. Hierdurch erhöht sich das Risiko einer eitrigen Entzündung trotz sorgfältigen sterilen Vorgehens nach dem geltenden medizinischen Hygienestandard auf 1: 35.000.

Es kann bei Spritzenbehandlungen in den Weichteilen oder an den Nervenwurzeln zu Abszessbildungen, Blutergüssen, allergischen Reaktionen bis zum allergischen Schock oder Nervenschädigungen kommen. Bei einer Infusionstherapie sind allergische Reaktionen mit Juckreiz und Hautausschlag möglich.

Ja

Nein

Dies wurde zur Kenntnis genommen.  Diese Behandlung wird ausdrücklich nicht gewünscht.

### d) Schröpftherapie

Bei der Schröpftherapie kann es zu Blutergüssen und punktförmigen Einblutungen in die Haut kommen.

Ja

Nein

Dies wurde zur Kenntnis genommen.  Diese Behandlung wird ausdrücklich nicht gewünscht.

### d) Energetische Therapien:

Es ist bekannt, dass es bei allen energetischen Therapien (z.B. Bioresonanz, Kinesiologie, Systemische Therapie, Lichtkörper Arbeit, Homöopathie, Spagyrik) zu einer Erstverschlimmerung der Symptomatik (Verstärkung, Ausweitung) kommen kann. Diese Erstverschlimmerung geht meist einher mit der Aktivierung des Immunsystems einher, welche der Körper benötigt um zu heilen. Sollte dies bei Ihnen nach einer Behandlung der Fall sein, halten Sie bitte bei Bedarf umgehend telefonisch oder persönlich Rücksprache mit der Heilpraxis. Dies kann auch unerwünschte Behandlungseffekte und Nebenwirkungen, sowie Wechselwirkungen mit medizinischen oder sozialen Interventionen betreffen.

Ja

Nein

Dies wurde zur Kenntnis genommen.  Diese Behandlung wird ausdrücklich nicht gewünscht.

### 3. Die Übernahme der Kosten für die Behandlung durch die Privatkrankenkassen, die Beihilfen und die Postbeamtenkasse ist anteilig.

Der Rechnungsbetrag ist unabhängig von der Höhe und dem Zeitpunkt der Rückerstattung durch die Träger fällig. Die Behandlungskosten betragen für 50-60 Minuten 80 €.

Mir ist bekannt, dass zertifizierte Osteopathie (abhängig vom jeweiligen Leistungsrahmen einer gesetzlichen Krankenkasse/Beihilfe) teilweise erstattet werden kann, wenn im Vorwege ein Privat Rezept über Osteopathie von einem Arzt ausgestellt wurde.

Dieser Dienstleistungsvertrag ist geschlossen über die heilpraktischen Behandlungen, beinhaltet jedoch nicht einen garantierten oder vollständigen Erfolg dieser Behandlungen.

Ja

Dies wurde zur Kenntnis genommen.

### 5. Informationen zu anderen Therapeuten:

Ja    Nein

Werden Sie zurzeit parallel noch von anderen Therapeuten behandelt?

Wenn ja, welcher Therapeut und mit welchen Therapieformen?

---

Ihre Heilpraktikerin Regina Köhler

### Einwilligungserklärung:

Ich wurde über diese Risiken der Behandlungen informiert.

(Praxisstempel)

Ich habe das Aufklärungsgespräch verstanden und habe keine weiteren Fragen.

Ich willige hiermit nach ausreichender Bedenkzeit in die vorgeschlagene Behandlung ein.

Ort, Datum Unterschrift: \_\_\_\_\_

## Einverständniserklärung zur Erhebung / Übermittlung von Patientendaten (DSGVO)

Ich \_\_\_\_\_

(Name, Wohnort, Geburtsdatum des Patienten)

bin damit einverstanden, dass meine personenbezogenen Daten von:

Frau Regina Köhler, Heilpraktikerin: Heilpraxis Regina Köhler, Tinnhorn 24 24813 Schülp bei Rendsburg zum Zweck der heilkundlichen Versorgung und Abrechnung erhoben, verarbeitet und genutzt werden. Bei den Daten handelt es sich um meine Kontakt- und Gesundheitsdaten, wie Anamnese, Medikation, Diagnosen, Therapieempfehlungen, Befunde usw..

Ich bin damit einverstanden, dass:

Frau Regina Köhler, Heilpraktikerin: Heilpraxis Regina Köhler, Tinnhorn 24 24813 Schülp bei Rendsburg die mich betreffenden Behandlungsdaten und Befunde an andere Heilpraktiker/Ärzte/Physiotherapeuten/ andere Heilhilfsberufler/Labor/Soliprax (Abrechnungssoftware) zum Zweck der weiteren Behandlung und entsprechenden Dokumentation übermittelt und /oder bei anderen Heilpraktikern/Ärzten/Physiotherapeuten/ anderen Heilhilfsberuflern/Labor/(Soliprax -Abrechnungssoftware) Behandlungsdaten erhebt, die für meine heilkundliche Versorgung erforderlich sind und für diese Zwecke verarbeitet oder nutzt.

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann. Die Widerrufserklärung kann schriftlich an die Praxisanschrift gerichtet werden. Diese Erklärung erfolgt freiwillig.

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift des Patienten, bzw. seines gesetzlichen Vertreters)