



## Anamnesebogen

Sehr geehrter Klient,

um Sie optimal betreuen zu können und zur Vorbereitung für unser erstes Gespräch, bitte ich Sie, diesen Fragebogen in Ruhe auszufüllen. Er dient der Erhebung der Daten die für eine fundierte, ganzheitliche Behandlung wichtig sein können. Bitte füllen Sie diesen Anamnesebogen möglichst vollständig aus und lassen Sie ihn mir vorab zukommen oder bringen Sie ihn zum ersten Termin mit. Alle Daten werden vertraulich behandelt und nicht an Dritte weitergeben.

### **Persönliche Angaben:**

Name und Vorname: \_\_\_\_\_

Straße und Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ und Ort: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_

Krankenversicherung: \_\_\_\_\_ Beihilfe: \_\_\_\_\_

Zusatzversicherung für Heilpraktiker: \_\_\_\_\_

(Ehe-)Partner: \_\_\_\_\_

Kinder (Name, Jahrgang): \_\_\_\_\_

Geschwister (Name, Jahrgang): \_\_\_\_\_

Eltern: \_\_\_\_\_

Körpergröße: \_\_\_\_\_ Gewicht: \_\_\_\_\_  konstant  schwankend

Berufliche Tätigkeit: \_\_\_\_\_

Art der Tätigkeit vorwiegend:

körperlich  geistig  sitzend  stehend  ständig in einem Raum  im Freien

Sportliche Betätigungen:  keine  gelegentlich  regelmäßig

Sport: \_\_\_\_\_ Hobbies: \_\_\_\_\_

Anderer Ausgleich: (z.B. Yoga, Meditation, ...) \_\_\_\_\_

**Was kann ich für Sie tun?**

Mit welchen Beschwerden kommen Sie vorrangig zu mir in die Praxis?

Bitte beschreiben Sie kurz Symptome, Beginn, Verlauf und Dauer:

---

---

---

---

---

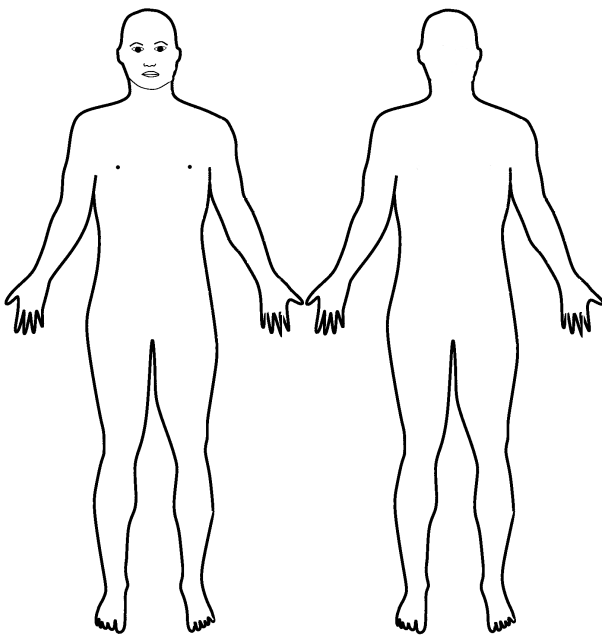
Gab es vor den Beschwerden ein markantes Ereignis in Ihrem Leben:

---

---

---

Bei Schmerzen am Bewegungsapparat – Wo können Sie den Schmerz lokalisieren (evtl. Verlauf):



Besserung bei  Bewegung  Ruhe  Egal  
 Wärme  Kälte  Egal

Auf einer Skala von 0 – 10 (0 = kein Schmerz, 10 = schlimmste Schmerzen) wie würden Sie den Schmerz aktuell einordnen:

0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10

Schmerzverlauf:

Hat seit Beginn zugenommen  ständig Schmerzen  
 Hat seit Beginn abgenommen  nur zeitweise Schmerzen  
 Ist gleich geblieben  keine akuten Schmerzen

Schmerzqualität: \_\_\_\_\_

Was haben Sie bereits unternommen:

---

---

Besserung / Verschlechterung der Symptome durch: \_\_\_\_\_

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente (Blutdruck, Pille, Schmerzmittel etc.) Name? Bringen Sie sie gerne mit.

---

---

Wie ernähren Sie sich vorwiegend? (spezielle Diät, vegetarisch, vegan, etc.)

---

Allergien und Unverträglichkeiten:

---

Wieviel **Wasser** trinken Sie pro Tag?

---

Wie ist Ihr Appetit (Heißhungerattacken o.ä.?)

---

Sind bei Ihnen aktuelle Erkrankungen bekannt? Evtl. (Labor-)Befunde, Arztberichte etc. mitbringen

---

---

---

Hatten Sie **jemals** Operationen/Unfälle oder Krankenhausaufenthalte? (wann/was)

---

---

---

Impfungen:

- |  |   |                                       |  |  |
|--|---|---------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Rotaviren                   | <input type="checkbox"/> Tetanus            | <input type="checkbox"/> Diphtherie   | <input type="checkbox"/> Pertussis (Keuchhusten) | <input type="checkbox"/> Hib (H. influenzae Typ b) |
| <input type="checkbox"/> Poliomyelitis               | <input type="checkbox"/> Hepatitis B        | <input type="checkbox"/> Pneumokokken | <input type="checkbox"/> Meningokokken C         | <input type="checkbox"/> Zecken (FSME)             |
| <input type="checkbox"/> Masern                      | <input type="checkbox"/> Mumps              | <input type="checkbox"/> Röteln       | <input type="checkbox"/> Varizellen (Windpocken) | <input type="checkbox"/> Herpes Zoster             |
| <input type="checkbox"/> HPV (Humane Papillomaviren) | <input type="checkbox"/> Influenza (Grippe) |                                       |  |  |
| <input type="checkbox"/> Covid 19                    | <input type="checkbox"/> AstraZenica        | <input type="checkbox"/> Biontech     | <input type="checkbox"/> Johnson & Johnson       | <input type="checkbox"/> Moderna                   |

sonstige: \_\_\_\_\_

Haben Sie kürzlich eine Impfung erhalten (was/wann): \_\_\_\_\_

Nehmen Sie Folgendes zu sich:  Nikotin  Alkohol  Drogen  
 Kaffee  Koffein (Energydrink)  Sonstige \_\_\_\_\_

Menge und Häufigkeit: \_\_\_\_\_

Durchschlafstörung       Einschlafstörung       vorzeitiges Aufwachen

Aufwachen - Uhrzeit ca.? \_\_\_\_\_

Schlafdauer in Std.(Durchschnitt): \_\_\_\_\_ Schlafqualität: \_\_\_\_\_

Nahrungsergänzungsmittel:

---

---

### Ergänzende Fragen:

Wie ist Ihr Energielevel:     hoch     mittel     niedrig     schwankend

Wie ist Ihre Stimmung:     hoch     mittel     niedrig     schwankend

Gibt es aktuell Stresssituationen (Arbeit, Partnerschaft, Familie, Umzug, Arbeitsplatzwechsel, Todesfall, etc.):

---

---

---

Gab/Gibt es familiäre Erkrankungen - bei wem?:

---

---

---

Stuhlgang:     Durchfälle     Verstopfung     Wechselstühle     regelmäßig     unregelmäßig

Haben Sie Reisen außerhalb Europas durchgeführt? Wenn ja - wohin und wann:

---

---

Bei wem sind Sie in den letzten zwei Jahren in Behandlung gewesen?

Hausarzt     Internist     Orthopäde     Augenarzt     Zahnarzt     HNO-Arzt  
 Hautarzt     Neurologe     Urologe     Frauenarzt     Heilpraktiker     andere

**Fragen an weibliche Patienten:**

Sind Sie z. Zt. schwanger?  nein  ja

Haben Sie leibliche Kinder?  nein  ja: wie viele/Geburtsjahr/e \_\_\_\_\_

Gab es starke gesundheitliche Auffälligkeiten während der Schwangerschaft/nach der Geburt?

nein

ja:

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

Hatten Sie Fehlgeburten?

nein

ja: wieviele? \_\_\_\_\_ wann? \_\_\_\_\_

Schwangerschaftsabbrüche?  nein  ja: wie viele? \_\_\_\_\_ Wann? \_\_\_\_\_

Befinden Sie sich  nach  vor  im Klimakterium?

Sind Sie mit Ihrem Menstruationszyklus zufrieden?

ja

nein:  zu unregelmäßig  Blutungen:  zu stark  zu lang  anderes:

Menstruationsbeschwerden?  nein  ja: Welche?

\_\_\_\_\_

**Weitere Anmerkungen:**

Gibt es sonst noch etwas das ich wissen sollte : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Wie sind Sie auf mich aufmerksam geworden (Internet, Empfehlung, etc.):

\_\_\_\_\_

### Aufklärung zur Behandlung

Ich habe alle Krankheiten und laufenden Behandlungen aufgeführt, soweit sie mir bekannt sind.

Ich verpflichte mich, meinen Behandler über einen veränderten Gesundheitszustand zu informieren.

Ich entscheide mich für eine heilkundliche Behandlung in der „Naturheilpraxis Martina Ries – Heilpraktikerin“ mit naturheilkundlichen Heilverfahren. Es können dabei Verfahren Anwendung finden, denen eine wissenschaftliche/ schulmedizinische Anerkennung fehlt. Der Behandler erbringt seine Dienste nach dem fachlichen Standard eines Heilpraktikers. Die Behandlungsmethoden beruhen jeweils auf einem nach naturheilkundlichen Erkenntnissen nachvollziehbaren Ansatz.

Das Honorar bemisst sich nach den Vorgaben der Gebührenordnung für Heilpraktiker (GebüH). Die Erstattungen durch Kostenträger können entsprechend dem jeweiligen Tarif beschränkt sein. **Aus diesem Grund kann der Rechnungsbetrag den Erstattungsbetrag übersteigen.** Etwaige Differenzen zwischen den Erstattungen des Leistungsträgers und dem vertraglich vereinbarten Heilpraktiker-Honorar sind als Eigenanteil vom Patienten zu tragen.

Der Honoraranspruch des Behandlers ist vom Patienten *unabhängig* von jeglicher Versicherungs- und/oder Beihilfeleistung in voller Höhe zu begleichen.

Ich bin mir bewusst, dass eine Terminabsage mindestens 24 Stunden im Voraus erfolgen muss.

Wenn ich zu einem fest vereinbarten Termin nicht erscheine, so kann ein Ausfallhonorar fällig werden.

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

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

## Einwilligung zur Verarbeitung meiner Gesundheitsdaten

Ich bin damit einverstanden, dass die

Naturheilpraxis Martina Ries Heilpraktikerin  
Wittelsbacherstraße 27, 97074 Würzburg  
Email: [mail@naturheilpraxis-ries.net](mailto:mail@naturheilpraxis-ries.net)  
Tel: 0931 2603640

Daten zu meiner Gesundheit (z.B. Vorerkrankungen, aktueller Gesundheitszustand, Behandlungsverlauf) zum Zweck der Durchführung meiner Behandlung erhebt, verarbeitet und nutzt. Dies gilt insbesondere für die Speicherung meiner Gesundheitsdaten und des Behandlungsverlaufs in einer Patientenakte.

### Hinweise:

Weitere gesetzliche Ermächtigungsnormen zur Datenerhebung bleiben unberührt. Ohne diese Einwilligung ist eine Behandlung nicht möglich; die Gesundheitsdaten sind erforderlich, um eine fachgerechte Behandlung zu gewährleisten.

Sie können Ihre erteilte Einwilligung ohne Angabe von Gründen jederzeit widerrufen. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt. Ich führe die Datenverarbeitung, die ausschließlich auf dieser Einwilligung beruhte, für die Zukunft nicht mehr fort. Andere gesetzliche Erlaubnistatbestände zur Datenverarbeitung bleiben von einem Widerruf der Einwilligung unberührt.

Bitte beachten Sie das Merkblatt „Information zum Datenschutz“. Diese enthält sämtliche Informationen gemäß Art. 13 DS-GVO, insbesondere über die Datenweitergabe und die Speicherdauer.

Information zum Datenschutz sind beigefügt (siehe Folgeseiten)

---

Ort und Datum

---

Unterschrift (ggfs. Sorgeberechtigte/r)

## **Hinweise zur Datenverarbeitung**

### **Verantwortliche Stelle für die Datenverarbeitung ist:**

Naturheilpraxis Martina Ries Heilpraktikerin  
Wittelsbacherstraße 27, 97074 Würzburg  
Email: [mail@naturheilpraxis-ries.net](mailto:mail@naturheilpraxis-ries.net)  
Tel: 0931 2603640

### **Wenn Sie mich zu einer Behandlung aufsuchen, erhebe und speichere ich folgende allgemeine Daten:**

- Anrede, Vorname, Nachname;
- Anschrift nebst E-Mail-Adresse und Telefonnummer;
- Geburtsdatum
- Angaben zu Leistungsträgern, (Krankenversicherung, Beihilfe),
- Anamnese laut Anamnesebogen

### **Wenn Sie mich zu einer Behandlung aufsuchen, erhebe ich zudem folgende gesundheitsbezogene Daten:**

- Informationen über Ihre Gesundheit, die für Ihre Behandlung im Rahmen des Behandlungsvertrages notwendig sind (Gesundheitsdaten);
- Angaben in der Patientendokumentation;
- Angaben im Patientenstammblatt, insbesondere Vorerkrankungen.

### **Die Verarbeitung der allgemeinen Daten erfolgt mit dem Zweck:**

- Sie als Patienten identifizieren zu können
- Sie behandeln zu können
- mit Ihnen Kontakt aufnehmen zu können und zu korrespondieren
- Ihnen eine Rechnung zu stellen
- der Geltendmachung etwaiger Ansprüche

### **Die Verarbeitung der gesundheitsbezogenen Daten erfolgt mit dem Zweck:**

- Sie umfassend behandeln zu können
- Haftungsansprüche wegen Behandlungsfehlern abzuwehren

### **Rechtsgrundlage für die Verarbeitung der allgemeinen Daten**

Die Rechtsgrundlage bildet Art. 6 Abs. 1 S. 1 lit. b DSGVO. Die Verarbeitung ist für die Erfüllung des Behandlungsvertrages mit Ihnen und zur Durchführung vorvertraglicher Maßnahmen erforderlich, die auf Ihren Behandlungswunsch hin erfolgen.

### **Rechtsgrundlage für die Verarbeitung der gesundheitsbezogenen Daten**

Die Rechtsgrundlage für diese Datenverarbeitung bildet Art. 9 Abs. 2 lit. h DSGVO, § 22 Abs. 1 lit. b BDSG sowie Art. 9 Abs. 2 lit. a DSGVO.



## Speicherdauer

Die für die Behandlung von mir erhobenen personenbezogenen Daten werden bis zum Ablauf der gesetzlichen Aufbewahrungspflicht gespeichert. Nach § 630 f Abs. 3 Bürgerliches Gesetzbuch beträgt die Aufbewahrungsfrist für die Patientenakte 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung, soweit nicht nach anderen Vorschriften andere Aufbewahrungsfristen bestehen. Nach Ablauf dieser Frist werden die Daten gelöscht, es sei denn, dass ich nach Artikel 6 Abs. 1 S. 1 lit. c DSGVO aufgrund von steuer- und handelsrechtlichen Aufbewahrungs- und Dokumentationspflichten zu einer längeren Speicherung verpflichtet bin oder Sie in eine längere Speicherung gemäß Art. 6 Abs. 1 S. 1 lit. a DSGVO eingewilligt haben.

## Datenweitergabe an Dritte & Information über gesetzliche oder vertragliche Bereitstellungspflichten

Eine Übermittlung Ihrer personenbezogenen Daten an Dritte kann erfolgen:

- soweit dies nach Art. 6 Abs. 1 S. 1 lit. b DSGVO für die Abwicklung des Behandlungsvertrages mit Ihnen erforderlich ist;
- sofern eine gesetzliche Offenbarungspflicht besteht, z.B. § 138 Abs. 1 Nr. 1 bis 8 StGB;
- sofern eine Meldepflicht nach dem Infektionsschutzgesetz besteht;
- falls ich anwaltliche und gerichtliche Hilfe in Anspruch nehmen muss;
- bei einer Kindeswohlgefährdung (§ 4 Abs. 3 KKG);
- bei Inanspruchnahme von Laborleistungen, sofern eine entsprechende Diagnostik für Ihre Behandlung erforderlich ist. Dies setzt eine Einwilligung Ihrerseits voraus;
- bei einer Weiterleitung von Unterlagen an andere Heilpraktiker/Ärzte, private Krankenversicherungen oder private Abrechnungsstellen. Dies setzt jeweils eine Einwilligung Ihrerseits voraus.

Vertragliche Bereitstellungspflichten bestehen nicht.

## Betroffenenrechte

Sie haben das Recht:

- Ihre einmal erteilte Einwilligung jederzeit gegenüber uns zu widerrufen. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt. Ich führe die Datenverarbeitung, die auf dieser Einwilligung beruhte, für die Zukunft nicht mehr fort. (Art. 7 Abs. 3 DSGVO)
- Auskunft über Ihre von uns verarbeiteten personenbezogenen Daten zu verlangen. Insbesondere können Sie Auskunft über die Verarbeitungszwecke, die Kategorie der personenbezogenen Daten, die Kategorien von Empfängern, gegenüber denen Ihre Daten offengelegt wurden oder werden, die geplante Speicherdauer, das Bestehen eines Rechts auf Berichtigung, Löschung, Einschränkung der Verarbeitung oder Widerspruch, das Bestehen eines Beschwerderechts bei einer Aufsichtsbehörde, die verfügbaren Informationen über die Herkunft ihrer Daten, falls diese nicht bei uns erhoben wurden, sowie über das Bestehen einer automatisierten Entscheidungsfindung einschließlich Profiling und ggf. aussagekräftigen Informationen zu deren Einzelheiten verlangen. (Art. 15 DSGVO)
- unverzüglich die Berichtigung unrichtiger oder Vervollständigung Ihrer bei mir gespeicherten personenbezogenen Daten zu verlangen. (Art. 16 DSGVO)

- die Löschung Ihrer bei mir gespeicherten personenbezogenen Daten zu verlangen, soweit nicht die Verarbeitung zur Ausübung des Rechts auf freie Meinungsäußerung und Information, zur Erfüllung einer rechtlichen Verpflichtung, aus Gründen des öffentlichen Interesses oder zur Geltendmachung, Ausübung oder Verteidigung von Rechtsansprüchen erforderlich ist. (Art. 17 DSGVO)
- die Einschränkung der Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten zu verlangen, soweit die Richtigkeit der Daten von Ihnen bestritten wird oder die Verarbeitung unrechtmäßig ist, Sie aber deren Löschung ablehnen und in dem Fall, dass ich die Daten nicht mehr benötige, Sie jedoch diese zur Geltendmachung, Ausübung oder Verteidigung von Rechtsansprüchen benötigen sowie in dem Fall, dass Sie gemäß Art. 21 DSGVO Widerspruch gegen die Verarbeitung eingelegt haben und noch nicht feststeht, ob unsere berechtigten Gründe gegenüber denen von Ihnen überwiegen. (Art. 18 DSGVO)
- Ihre personenbezogenen Daten, die Sie mir bereitgestellt haben, in einem strukturierten, gängigen und maschinenlesebaren Format zu erhalten oder die Übermittlung an einen anderen Verantwortlichen zu verlangen. (Art. 20 DSGVO)
- sich bei einer Aufsichtsbehörde zu beschweren. In der Regel können Sie sich hierfür an die Aufsichtsbehörde Ihres Wohnortes oder unseres Praxissitzes wenden. (Art. 77 DSGVO)