



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

bitte tragen Sie für eine möglichst umfassende Erstanamnese die Informationen über Ihren Gesundheitszustand mit Befunden und Zeitpunkten zusammen. Diese Vorarbeit verkürzt die Zeit der Befundaufnahme in der Praxis erheblich, und wir können uns dann früher der Behandlung Ihrer Beschwerden widmen. Bitte markieren Sie nur die zutreffenden Kästchen sowie die Bereiche, zu denen Sie Fragen haben. Lassen Sie bitte die nicht zutreffenden Kästchen frei. Bitte bringen Sie soweit vorhanden folgendes mit: Impfpass, Röntgenpass, Befunde (Blut, MRT, CT...) sowie alle Medikamente, welche Sie zurzeit einnehmen. Bitte ergänzen Sie Ihre Informationen mit einer Benotung von ① – ⑩. ① bedeutet minimalste Beschwerden, bei ⑤ sind die Beschwerden noch gut aushaltbar und ⑩ bedeutet der schlimmst mögliche Zustand. Gerne ergänzen Sie auch z.B.: oft, selten, manchmal oder 1x im Monat und den genauen Ort der Beschwerden. Bitte tragen Sie sportliche Kleidung und Socken.

Vielen Dank

Regina Köhler

1. Persönliche Daten:

Name:	Geburtsdatum:	Datum:
Adresse:	Telefonnummer/Handy:	E-Mail:
Gesetzliche Krankenversicherung:	Privatkrankenversicherung/Beihilfe:	
regelmäßige ärztliche Kontrollen und regelmäßige Krebsvorsorgen mit letztem Zeitpunkt:		
Name des Hausarztes:	letzter Besuch beim Hausarzt:	
<input type="checkbox"/> Gynäkologie:	<input type="checkbox"/> Urologen, Prostata, Coloskopie:	
<input type="checkbox"/> weitere Fachärzte/Therapeuten:	<input type="checkbox"/> Hautarzt:	<input type="checkbox"/> Augenarzt:

2. Allgemeine Anamnese

Größe:	Gewicht:	Alter:
Sport wöchentlich:	Trinkmenge l/tägl.:	Obst/Gemüse tägl.:
Stuhlgang tägl./wöchentlich:	Appetit:	
Kaffee tägl.:	Zigaretten tägl.:	Alkohol monatlich:

3. Sozial Anamnese

Beruf:	Familienstand:	Kinder (Alter, Geschlecht):
--------	----------------	-----------------------------

4. Grund Ihrer Kontaktaufnahme, aktuelle Beschwerden (① - ⑩):

- Zeitpunkt des Auftretens der aktuellen Beschwerden:
- allererster Zeitpunkt des Auftretens dieser Beschwerden:
- auslösende Umstände oder Ursachen:
- Linderung/Verstärkung der Beschwerden:
- Begleiterscheinungen der Beschwerden:
- regelmäßige oder tageszeitliche Verschlimmerung der Beschwerden:

5. Operationen (mit Zeitpunkt):

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

6. Bekannte Diagnosen, Laborwerte, Diagnostik, CT, MRT:

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



7. Spezifische Symptome

a) Bewegungsapparat: Bitte alle bekannten Beschwerden, OP`s und Vorschädigungen, die betroffene Seite, die **Beschwerdeskala** von ① - ⑩ und Zeitraum angeben.

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Kiefer: | | |
| <input type="checkbox"/> Halswirbelsäule: | | |
| <input type="checkbox"/> Brustwirbelsäule: | | |
| <input type="checkbox"/> Lendenwirbelsäule: | | |
| <input type="checkbox"/> Iliosakralgelenk (ISG): | | |
| <input type="checkbox"/> Schulter: | <input type="checkbox"/> Ellenbogen: | <input type="checkbox"/> Handgelenke: |
| <input type="checkbox"/> Hände: | <input type="checkbox"/> Finger: | <input type="checkbox"/> Daumen: |
| <input type="checkbox"/> Hüfte: | <input type="checkbox"/> Knie: | <input type="checkbox"/> Sprunggelenke: |
| <input type="checkbox"/> Füße: | <input type="checkbox"/> Zehen: | |
| <input type="checkbox"/> Bewegungseinschränkungen: | <input type="checkbox"/> Morgensteifigkeit der Gelenke: | |
| <input type="checkbox"/> Ruheschmerz: | <input type="checkbox"/> Belastungsschmerz: | <input type="checkbox"/> Anlaufschmerz: |
| <input type="checkbox"/> Kraftminderung: | <input type="checkbox"/> Osteoporose: | <input type="checkbox"/> Koordinationsstörungen: |

b) Nervensystem & Psyche (① - ⑩):

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen: | <input type="checkbox"/> Migräne: | |
| <input type="checkbox"/> Schwindel: | <input type="checkbox"/> Fallneigung: | |
| <input type="checkbox"/> Hörstörung, Hörschwäche: | <input type="checkbox"/> Tinnitus: | |
| <input type="checkbox"/> gefühllose Körperstellen, Kribbelgefühle: | | |
| <input type="checkbox"/> Müdigkeit: | <input type="checkbox"/> Konzentrationsmangel: | <input type="checkbox"/> Kurzzeitgedächtnis: |
| <input type="checkbox"/> Niedergeschlagenheit: | <input type="checkbox"/> Leistungsminderung: | <input type="checkbox"/> Motivationsmangel: |
| <input type="checkbox"/> Bewusstlosigkeiten: | | |
| <input type="checkbox"/> Sehstörungen: | | |
| <input type="checkbox"/> Einschlafstörungen: | <input type="checkbox"/> Durchschlafstörungen: | |
| <input type="checkbox"/> Geschmackstörung, Geruchstörung: | | |
| <input type="checkbox"/> Gehirnerschütterungen (Bitte mit Zeitpunkt): | | |

c) Herz - Kreislauf (① - ⑩)

- | | | |
|---|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Blutdruck erhöht/ erniedrigt: | | |
| <input type="checkbox"/> Herz-Rhythmusstörungen: | <input type="checkbox"/> zu schnell | <input type="checkbox"/> zu langsam |
| <input type="checkbox"/> Ödeme, Wassereinlagerungen: | <input type="checkbox"/> nächtliches Wasserlassen (Anzahl): | |
| <input type="checkbox"/> Schmerzen im Brustkorb, im Oberbauch, im linken Arm: | | |

d) Atmung (① - ⑩):

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Atembeschwerden: | <input type="checkbox"/> Einatmung: | <input type="checkbox"/> Ausatmung: |
| | <input type="checkbox"/> anfallsweise: | <input type="checkbox"/> belastungsabhängig: |
| <input type="checkbox"/> Husten: | <input type="checkbox"/> Coronainfektion (Zeitpunkt): | |
| <input type="checkbox"/> Schmerzen beim Atmen: | <input type="checkbox"/> Hochlagerung zum Schlafen: | |
| <input type="checkbox"/> Auswurf: | <input type="checkbox"/> Asthma, chronische Bronchitis, Emphysem: | |

e) Ernährung & Verdauung (① - ⑩):

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Stuhlgang Auffälligkeiten: | | |
| <input type="checkbox"/> Durchfälle: | <input type="checkbox"/> Verstopfung: | <input type="checkbox"/> Übelkeit, Erbrechen: |
| <input type="checkbox"/> Appetit | <input type="checkbox"/> Heißhunger: | <input type="checkbox"/> vermehrter Durst: |
| <input type="checkbox"/> Schluckbeschwerden: | <input type="checkbox"/> Sodbrennen: | <input type="checkbox"/> Blähungen: |
| <input type="checkbox"/> Afterjucken, Hämorrhoiden: | <input type="checkbox"/> Blut im Stuhl: | |



f) Niere & Blase (① - ⑩):

- Urin Auffälligkeiten:
- Schmerzen beim Wasserlassen:
- Inkontinenz:
- nächtliches Wasserlassen:
- zwingender Harndrang:

g) Haut (① - ⑩):

- Hautveränderungen:
- Pigment Flecke, Erhabenheit:
- Juckreiz:
- Neurodermitis:
- Warzen:
- Psoriasis:

h) Gynäkologie & Urologie (① - ⑩):

- Menses alle: Tage
- Dauer: Tage
- Unregelmäßigkeiten:
- Schwangerschaft z.Z.:
- letzter Besuch beim Gynäkologen:
- regelmäßige selbstständige Brustab tastungen:
- Pille:
- Zeitpunkt der letzten Regel:
- Anzahl der Geburten:
- Anzahl der Fehlgeburten:
- Die Prostata wird regelmäßig ärztlich Arzt untersucht (>35 Jahre, letzter Zeitpunkt):

i) Autoimmun Erkrankungen & Allergien (① - ⑩):

- Diabetes mellitus:
- Hashimoto:
- Asthma
- Autoimmunerkrankungen:
- Allergien (Heuschnupfen, Metalle, ...):
- Unverträglichkeiten (Nahrungsmittel, ...):

j) Krebsvorstufen und Erkrankungen

- Pigmentstörungsentfernungen:
- Magen/Dünndarmgeschwür:
- Polypen:
- Krebserkrankung:
- aktuell:
- Zeitpunkt des Auftretens:
- Behandlung abgeschlossen:

8. Allgemeine Symptome (① - ⑩):

- Fieber:
- Nachtschweiß:
- Infektanfälligkeit:
- Gewichtverlust, Gewichtzunahme:

9. Medikamente regelmäßig oder zeitweilig:

- Schlafmittel:
- Schmerzmittel:
- Abführmittel:
- Pille zur Verhütung:
- Antidepressiva:
- Cortison:
- Beta-Blocker:
- Blutdrucksenker:
- Blutverdünner:
-
-

10. Weitere Umstände, die evtl. belastend wirken auch zu einem früheren Zeitpunkt:

- Amalgam Füllungen (Anzahl, Ausleitung, Zeitpunkt der Entfernung):
- bekannte wohnbedingte oder berufliche Toxin Belastungen:
- Zeckenbisse, Borreliose:
- Tierkontakte: Hunde, Katzen, Vögel, ...:
- chronische Mandelentzündungen:
- Auslandsaufenthalte:
- Infektionskrankheiten im Umfeld:
- durchlebte Infektionskrankheiten:
- durchlebte Kinderkrankheiten:
- andere chronische Krankheiten:



11. Impfungen (Bitte auch Komplikationen wie Fieber, Rötung der Einstichstelle, ... angeben):

-

12. Eigene Kindheit und Geburt:

- Beruf der Mutter: Frühgeburt, Spätgeburt: per Kaiserschnitt geboren:
 Beruf des Vaters: gestillt: weiteres zum Verlauf der Schwangerschaft:
 Wunschkind: vorzeitige Wehen:

13. Familienanamnese: Folgende Erkrankungen sind in der Familie bekannt:

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

14. Resilienz/Selbstfürsorge: Glauben, Energetik, Aktivität und Spiritualität

Bitte füllen Sie diesen Bereich aus, sofern auch eine seelische oder energetische Begleitung erwünscht ist.

Nein danke, daran habe ich kein Interesse.

- körperliche Praxis: Yoga Tai Chi/Qigong Sport
 meditative Praxis: Gebet
 Glaubensrichtung: christlich buddhistisch islamisch theosophisch
 (am ehesten) Naturreligion Göttin Atheist

Hobby mit seelischem Ausgleich:

Wieviel Zeit verbringen Sie mit Tätigkeiten zur Stärkung der Resilienz? Sunden/wöchentlich

15. Informationen zu anderen Therapeuten:

Sie werden zurzeit noch anderen naturheilkundlichen Ärzten, Heilpraktikern oder Therapeuten behandelt:

Ja Nein

- Name und Therapie: _____



16. Allergien und Unverträglichkeiten mit therapeutischer Relevanz:

Bei der Gabe von Arzneimitteln oder anderen Stoffen kann es grundsätzlich zu Unverträglichkeiten, allergischen Reaktionen bis hin zum anaphylaktischen Schock oder z.B. Asthma kommen.

Die folgenden Fragen dienen der Vermeidung von Komplikationen und unerwünschten Wechselwirkungen.

Es liegen Unverträglichkeiten oder Allergien gegen Medikamente oder andere Therapien vor:

Ja Nein

-
- Procain, Echinacea, Schmerzmittel, Antibiotika, ...
 - Insektenstiche: Bienen, Wespen, Mücken, ...
 - Metalle:
 - Spritzenängste:
 - nicht vertragene Therapieformen:

17. Organische Vorschädigungen von Organen und weitere Risikofaktoren

Es liegen Vorschädigungen von Organen oder weitere Risikofaktoren vor:

Ja Nein

-
- Niere:
 - Leber:
 - Osteoporose:
 - autoimmun Krankheiten:
 - weitere Organe:
 - Sie nehmen zurzeit Blutverdünner (Gerinnungshemmer), Beta-Blocker oder Cortison ein.
 - Nur für Patientinnen: Es besteht zurzeit eine Schwangerschaft.

18. Risiken und Komplikationen der Behandlungsweisen

a) 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.

b) Injektionen, Mesotherapie & Akupunktur:

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.

c) Sanfte, pulsierende Schröpftherapie mit dem Pneumatron

Bei der Schröpftherapie kann es selten zu Blutergüssen oder punktförmigen Einblutungen in den Geweben kommen, vor allem während der Einnahme von Blutverdünnern.



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 mit einer Aktivierung des Immunsystems einher, welche der Körper benötigt, um zu heilen. Sollte dies nach einer Behandlung der Fall sein, halten Sie bitte bei Bedarf umgehend telefonisch oder per Mail Rücksprache mit der Heilpraxis. Dies kann auch unerwünschte Behandlungseffekte und Nebenwirkungen, sowie Wechselwirkungen mit medizinischen oder sozialen Interventionen betreffen.

19. Behandlungsauftrag

Diese hilfreichen Therapiemaßnahmen ohne Mehrkosten, die den persönlichen Therapieplan unterstützen und im normalen Zeitrahmen liegen, werden gewünscht:

Ja

- alle unten genannten Therapien**
- Osteopathie, Physiotherapie, Dorn Methode, Chiropraktik
- sanfte, pulsierende Schröpftherapie mit dem Pneumatron
- Kinesiologie
- Injektionen, Mesotherapie, Neuraltherapie, Akupunktur, Ohrakupunktur, Ohrakupressur
- Lichtkörper Arbeit, geistige Wirbelsäulenbegradigung
- Aromatherapie
- Rezeptierung rezeptfreier Arzneimittel: z.B. Homöopathie, Spagyrik, orthomolekulare Therapie, ...
- Elektrotherapie (Physiokey), Bioresonanz
- Lichttherapie, PhotonWave, Biophotonen Spiegel, Quantenspiegel
- systemische Therapie
- Detox-Wasserstoff Fußbad
- Ozontherapie

Grundsätzlich erzeugen Therapien nur nach gesonderter Absprache einen Aufpreis, wenn z.B. teure Medikamente o.ä. zum Einsatz kommen sollten, die zusätzliche Kosten erzeugen würden.

20. Behandlungskosten & Behandlungsvertrag

a) Die Behandlungskosten betragen: 110€ für einen Zeitraum von bis zu 75 Minuten.

b) weitere Behandlungszeiträume nur nach Absprache:

50€ für bis zu 30 Minuten (Minimum)

75€ für bis zu 45 Minuten

100€ für bis zu 60 Minuten

jede weiteren 15 Minuten kosten im Anschluss an die erste Stunde der Therapieeinheit dann zusätzlich 10€ mehr

Für die Zukunft gelten dann jeweils die aktuellen Behandlungskosten, die auf der Praxis Website:

www.shekina.de. veröffentlicht werden.

Der Rechnungsbetrag ist unabhängig von der Rückerstattung durch die etwaigen Träger und direkt im Anschluss an die Behandlung fällig.

Bitte stellen Sie sich auf eine Bezahlung am Ende der Behandlung mit einer Debit Karte oder via PayPal App ein.

Zertifizierte Osteopathie wird abhängig vom jeweiligen Leistungsrahmen einer gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung oder der Beihilfe zumeist teilweise erstattet, wenn im Vorwege ein Privatrezept über Osteopathie von einem Arzt ausgestellt wurde.

Der Dienstleistungsvertrag wird über die heilpraktischen Behandlungen geschlossen, er beinhaltet jedoch nicht den Erfolg dieser Behandlungen.



21. Erhebung, Übermittlung und Empfangen von Patientendaten (DSGVO)

Die Patientin, der Patient erklärt sich damit einverstanden, dass seine oder ihre personenbezogenen Daten von Frau Regina Köhler, Heilpraktikerin, Heilpraxis Regina Köhler, Tinnhorn 24, 24813 Schülpl bei Rendsburg erhoben, verarbeitet und genutzt werden.

Bei diesen personenbezogenen Daten handelt es sich u.a. um Kontaktdaten, Gesundheitsdaten, Befunde, Untersuchungsergebnisse, Anamnesen, Behandlungsinformationen, Medikationen, Diagnosen, Therapievorschläge, Versorgung, Dokumentationen, Rechnungsstellungen.

Die Patientin, der Patient ist auch damit einverstanden, dass Frau Regina Köhler diese sie oder ihn betreffenden Daten falls notwendig u.a. zum Zweck der weiteren Untersuchung, Behandlung, Dokumentation und Rechnungsstellung usw., sowohl an andere Heilpraktiker, Ärzte, Heilhilfsberufler, Versicherungen, Labore und Abrechnungssoftwarebetreiber übermittelt oder von diesen erhebt, verarbeitet und nutzt.

Diese Erklärung kann jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen werden.

Die Widerrufserklärung kann schriftlich oder per Mail an die Praxisanschrift gerichtet werden.

Diese Erklärung erfolgt freiwillig.

22. Einwilligungserklärung:

Die Patientin, der Patient wurde über die Therapien, Kosten und Risiken der Behandlungen, den Behandlungsvertrag sowie über die DSGVO Einverständniserklärung (Seite 1-7) ausführlich informiert.

Er oder sie hat das Aufklärungsgespräch und den Gesundheitsfragebogen verstanden und hat keine weiteren Fragen.

Die Patientin, der Patient willigt hiermit nach ausreichender Bedenkzeit in die vorgeschlagene Behandlung ein.

Ort, Datum

Unterschrift der Patientin, des Patienten, bzw. seines gesetzlichen Vertreters

Ort, Datum

Unterschrift der behandelnden Heilpraktikerin

Vielen Dank

Ihre Heilpraktikerin Regina Köhler