



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 keine 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. Tragen Sie bitte sportliche Kleidung während der Behandlungen.

Vielen Dank

Regina Köhler

1. Persönliche Daten:

Name: Geburtsdatum: Datum:
Adresse: E-Mail:
Telefonnummer: Handy:
Gesetzliche Krankenversicherung: (zusätzliche) Privatkrankenversicherung/Beihilfe:

regelmäßige ärztliche Kontrollen und regelmäßige Krebsvorsorgen mit letztem Zeitpunkt:

Name des Hausarztes: Zeitpunkt des letzten Besuches beim Hausarzt:
 Gynäkologie: Urologen & Prostata:
 Hautarzt: Augenarzt:
 Schilddrüsenuntersuchung: Coloskopie:
 weitere Fachärzte: weitere Therapeuten:

2. Sozial Anamnese

Beruf: Familienstand:
Kinder (Alter, Geschlecht):

3. Allgemeine Anamnese

Größe:	Meter	Gewicht:	Kg
Alter:	Jahre	Sport:	wöchentlich
Trinkmenge:	l/täglich	Kaffee:	täglich
Stuhlgang:	täglich/wöchentlich	Appetit:	
Obst/Gemüse:	täglich	Alkohol:	Monat
Zigaretten:	täglich		

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 der Beschwerden:
- Verstärkung der Beschwerden:
- Begleiterscheinungen der Beschwerden:
- regelmäßige oder tageszeitliche Verschlimmerung der Beschwerden:



5. Bekannte Diagnosen, Laborwerte, Diagnostik, CT, MRT der letzten Zeit:

-
-
-

6. Operationen (mit Zeitpunkt):

-
-
-
-
-

7. Medikamente regelmäßig oder zeitweilig:

- | | |
|--|---|
| <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"/> Cortison: |
| <input type="checkbox"/> Beta-Blocker: | <input type="checkbox"/> Blutdrucksenker: |
| <input type="checkbox"/> Blutverdünner: | <input type="checkbox"/> |

8. 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:

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

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

10. Eigene Kindheit:

- | | |
|--|---|
| Beruf der Mutter: | Beruf des Vaters: |
| <input type="checkbox"/> Wunschkind: | <input type="checkbox"/> Frühgeburt, Spätgeburt: |
| <input type="checkbox"/> vorzeitige Wehen: | <input type="checkbox"/> gestillt: |
| <input type="checkbox"/> weiteres zum Verlauf der Schwangerschaft: | <input type="checkbox"/> per Kaiserschnitt geboren: |

11. Allgemeine Symptome (① - ⑩):

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

12. Spezifische Symptome

a) Herz - Kreislauf (① - ⑩)

- | | | |
|---|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Blutdruck: | <input type="checkbox"/> erhöht | <input type="checkbox"/> 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: | | |



b) Atmung (① - ⑩):

- Atembeschwerden:
- Husten:
- Schmerzen beim Atmen:
- Auswurf:
- Einatmung:
- anfallsweise:
- Coronainfektion (Zeitpunkt):
- Hochlagerung zum Schlafen:
- Asthma, chronische Bronchitis, Emphysem:
- Ausatmung:
- belastungsabhängig:

c) Nervensystem & Psyche (① - ⑩):

- Kopfschmerzen:
- Migräne:
- Schwindel:
- Bewusstlosigkeiten:
- Sehstörungen:
- Hörstörung, Hörschwäche:
- Tinnitus:
- Geschmackstörung, Geruchstörung:
- gefühllose Körperstellen, Kribbelgefühle:
- Gehirnerschütterungen (Bitte mit Zeitpunkt):
- Müdigkeit:
- Konzentrationsmangel:
- Motivationsmangel:
- Niedergeschlagenheit:
- Kurzzeitgedächtnis:
- Leistungsminderung:
- Fallneigung:
- Einschlafstörungen:
- Durchschlafstörungen:

d) Bewegungsapparat (Ort der Beschwerden, ① - ⑩):

- Bewegungseinschränkungen:
- Ruheschmerz:
- Belastungsschmerz:
- Anlaufschmerz:
- Koordinationsstörungen:
- Kraftminderung:
- Morgensteifigkeit der Gelenke:
- Osteoporose:

e) Niere & Blase (① - ⑩):

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

f) Ernährung & Verdauung (① - ⑩):

- Stuhlgang Auffälligkeiten:
- Appetit, vermehrter Durst:
- Heißhunger:
- Übelkeit, Erbrechen:
- Durchfälle:
- Verstopfung:
- regelmäßig:
- Farbe:
- Schluckbeschwerden:
- Sodbrennen:
- Blähungen:
- Afterjucken, Hämorrhoiden:
- Blut im Stuhl:

g) Haut (① - ⑩):

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

h) Gynäkologie & Urologie (① - ⑩):

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



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

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

j) Krebsvorstufen und Erkrankungen

- Pigmentstörungsentfernungen:
- Magengeschwür, Dünndarmgeschwür:
- Polypen:
- Krebserkrankung:
 - Behandlung abgeschlossen:
 - aktuell:
 - Zeitpunkt des Auftretens:
 - Behandlungsverlauf:

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

Krankheit	Ich	Mutter	Vater	Oma ♀	Opa ♀	Oma ♂	Opa ♂	Familie
Herzinfarkt:								
Schlaganfall:								
Herz – Gefäß Beschwerden:								
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. Informationen zu anderen Therapeuten:

Sie werden zur Zeit noch anderen Therapeuten behandelt:

Ja Nein

-
- Therapeut und Therapie: _____
- Therapeut und Therapie: _____
- Therapeut und Therapie: _____



15. 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:

16. 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.

17. 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.

18. Behandlungsauftrag

Folgende Therapien werden gewünscht, wenn sie in den Therapieplan passen und im normalen Zeitrahmen möglich sind:

Ja

- 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

Diese Therapien erzeugen nur in Fällen nach gesonderter Absprache einen Aufpreis, wenn z.B. teure Medikamente o.ä. zum Einsatz kommen sollen.

19. Behandlungskosten & Behandlungsvertrag

a) Die Behandlungskosten betragen: 110€ für eine Behandlung von bis zu 75 Minuten.

b) weitere Behandlungszeiten 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 nach der 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 Privat Rezept über Osteopathie von einem Arzt ausgestellt wurde.

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



1. 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 Schülup 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.

20. 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