



## Patienten-Anamnese:

Vorname:

Name:

Str. + Hausnr.:

PLZ, Ort:

Geb.-Datum:

Tel.:

Beruf:

Mail:

Vers.:

Hausarzt:

Beschwerden/Erkrankung  
(Anlass der Behandlung):

seit wann?  
Auslöser (falls bekannt)?

Häufigkeit

Intensität (1-10)

Körperliche Anamnese:

- Schwangerschaft in der \_\_\_\_\_ Woche
- Müdigkeit  Konzentrationsschwäche  Leistungsknick
- Schlafmangel  Einschlaf-Störung  Durchschlaf-Störung
- Sport/Bewegung (regelmäßig):
- Augenprobleme / Sehvermögen ↓
- brüchige Fingernägel
- häufig Kopfschmerzen/Migräne - wie oft? \_\_\_\_\_
- Verspannung  Zähneknirschen

- häufige Infekte  Kurzatmigkeit  Asthma  chron. Husten  
 Auswurf beim Husten  farblos/klar  gelb  grün  
 Raucher (\_\_\_\_/Tag)  
 Allergien / Unverträglichkeiten:  
 Hauterkrankung:  
  
 Rheuma (RF +)  Autoimmune Erkrankung:  
 Krebserkrankung:  
 Hepatitis B/C  HIV+  
  
 Bluthochdruck  
 Herzrhythmusstörungen/Stolpern  Herzrasen  
 Gerinnungsstörung / Blutverdünnung  
  
 Haarausfall  vorzeitiges Ergrauen  
  
 Gewichtsveränderung  ↑  ↓ wieviel ca.?  
 Diabetes  Cholesterin ↑  
 Schilddrüsenerkrankung  Unterfunktion  Überfunktion  
 Hashimoto  
  
 Reizdarm  M. Crohn  Colitis Ulcerosa  
 Übelkeit  Brechreiz  Magensäure  Aufstoßen  
 Durchfall  Verstopfung  Blähungen  Schmerzen/Krämpfe  
Durstgefühl  ↑  ↓  
Appetit  ↑  ↓  Süßhunger  
Wasserlassen  ↑  ↓  hell  dunkel  nachts  
Stuhl  hell  dunkel  weich  fest  tägl.  \_\_\_\_x/Woche  
  
 Schwindel  Tinnitus  Hörsturz  Hörvermögen ↓  
 Zahnprobleme:  
 Osteoporose/Brüche  
 Schmerzen am Bew.-App. /  Rücken /  Knie  
 Schwitzen ↑  tagsüber  bei Aufregung/Angst  nachts  
  
Mens ist  schwach  stark  schmerzhaft, Zykluslänge: \_\_\_\_T  
 unregelmäßig  in Peri-/Menopause  Kinder: \_\_\_\_

Äußere Faktoren:

- Abneigung gegen  Kälte  Hitze  Wind  .....  
 Andere:

Stimmung:

- oft gereizt  frustriert  unruhig  freudlos  sorgenvoll  
 oft traurig  antriebslos  oft ängstlich / panisch

- \* Für Ernährungsberatung: Ernährung:  Mischkost  vegetarisch  vegan  
 viel Rohkost  viel Brot  oft kalt (wenig warme Mahlzeiten)  
 viele Milchprodukte  
 viel Süßes  gern scharf  regelmäßig Alkohol  
 unregelmäßig  oft zwischendurch, in Eile, nebenher  
 oft auswärts / wenig selbst gekocht  
 auf Diät:  
 ich faste - wie oft? \_\_\_\_\_ und esse dann nur:

übliche Mahlzeiten, bsp.:

Frühstück:

Mittagessen:

Abendessen:

Getränke:

Genussmittel:

Ziele bezügl. der Ernährung:

Bisherige ärztl. Diagnose:

- Röntgen  CT  MRT vom:  
 Blut-Untersuchung:  
 Andere:

Bisherige Therapie:

- Medikamente  Spritzen  Physiotherapie / Krankengymn.  
 Andere:

- keine Besserung  Besserung

Bisherige Operationen:

- keine  ja (welche und wann?):

Nehmen Sie regelmäßige  
Medikamente?  
(inkl. Hormone / Pille  
u. Nahrungsergänzung)

- nein  ja (welche?):

Familiäre Belastungen?

- keine  
 Bluthochdruck  Infarkt  Schlaganfall  Diabetes  
 Asthma  Allergien  
 Andere:

## Patienten-Vertrag:

Die von mir angebotene Behandlung beinhaltet die Anamnese, Untersuchung, Diagnose, eine kontinuierliche Verlaufserfassung und Therapieanpassung.

Dabei erfolgt eine individuelle Kombination von TCM– aber auch ergänzend westlicher Therapiemethoden, ggf. eine zielgerichtete Auswahl von therapeutischen QiGong-, Atem-, Entspannungs- oder Mobilisations-Übungen sowie bei Bedarf Ernährungs- und Lebensstil-Beratung.

Die Behandlungshonorare in meiner Praxis rechne ich grundsätzlich mit Ihnen als **Selbstzahler** ab. Gesetzliche Versicherungen übernehmen leider nicht die Kosten.

Wenn Sie privat oder über die Beihilfe krankenversichert oder für Heilpraktikerleistungen zusatzversichert sind, können Sie sich die Behandlungskosten größtenteils von Ihrer Versicherung bzw. der Beihilfe erstatten lassen. Bitte informieren Sie sich vorher bei Ihrer Versicherung/Beihilfe, welche Leistungen und in welcher Höhe sie erstattet werden! Die Regelungen zur Höhe der Erstattung sind nicht einheitlich. Das GebüH stammt aus dem Jahre 1985 und wurde seitdem nicht mehr angepasst, daher sind die dort aufgeführten Mindest- und Höchst-Gebührensätze für heutige Verhältnisse sehr niedrig angesetzt. Es ist zudem erfahrungsgemäß damit zu rechnen, dass die Erstattungen der Höhe nach (ggf. auch in Bezug auf Diagnosen oder Behandlungsmethoden) begrenzt sind und oft nicht in voller Höhe erfolgen.

Im **ersten Termin** nehme ich mir Zeit für eine ausführliche Anamnese, Untersuchung und Beratung sowie die erste Behandlung und berechne dafür insgesamt 118 €.

Bei den **Folgebehandlungen** erfolgt jeweils eine Nachbesprechung mit Ihrem Feedback, Verlaufserfassung und Behandlung. Hierfür berechne ich jeweils 90 €.

**Ich bitte um bargeldlose Zahlung (EC-/Kredit-Karte) jeweils nach der Behandlung.**

Eine Rechnung für Ihre Steuererklärung oder für Ihre private Versicherung (nach GebüH) kann ich Ihnen gerne ausstellen.

Sollten Sie den Termin verschieben oder absagen müssen, bitte ich um Mitteilung bis spätestens 24 Stunden vor dem geplanten Termin. Versäumte oder zu kurzfristig abgesagte/verschobene Termine muss ich Ihnen leider in Rechnung stellen.

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

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

## Einwilligung zur Datenspeicherung und -verarbeitung gem. DSGVO:

Im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen werden die von mir erteilten personenbezogenen Daten gespeichert und verarbeitet insoweit wie es für die ordnungsgemäße Behandlung / Vertragserfüllung erforderlich ist.

Meine Einwilligung ist freiwillig und kann durch schriftliche Erklärung gegenüber Frau Nicola Maureder ohne Angaben von Gründen widerrufen werden. In diesem Fall werden die Daten mit Wirkung für die Zukunft abgeändert oder nach Zweckerfüllung gesperrt.

Nach Ablauf der gesetzlichen Aufbewahrungsfristen werden die Daten gelöscht/vernichtet.

Die Datenschutzerklärung von Frau Maureder habe ich zur Kenntnis genommen.

Hiermit bewillige ich die Speicherung und Verarbeitung meiner Daten.

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

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