

**Liebe Patientin, lieber Patient, liebe Eltern,**

vielen Dank, dass Sie mir Ihr Vertrauen schenken und sich zur Behandlung in meine Praxis begeben haben. Ihre Wünsche und Bedürfnisse liegen mir sehr am Herzen und ich freue mich auf eine gute Zusammenarbeit.

**Vorab noch einige Informationen zu Ihrer freundlichen Kenntnisnahme:**

In meiner Praxis werden Termine nach dem Bestellsystem vergeben. Da ich mir für Sie genügend Zeit lassen möchte, sind Ihre Termine ausschließlich für Sie reserviert. Deshalb ist ein Termin bei Verhinderung spätestens 24 Stunden zuvor telefonisch abzusagen. Andernfalls erlaube ich mir, Ihnen das Behandlungshonorar in Rechnung zu stellen.

Nach unserem Termin erhalten Sie eine Rechnung auf Grundlage der Gebührenverordnung für Heilpraktiker über die Behandlung, die auch zur Abrechnung mit Ihrer privaten Krankenversicherung, Beihilfestelle bzw. zur Vorlage beim Finanzamt genutzt werden kann.

Ich weise Sie hiermit darauf hin, dass einige meiner Diagnose- und Behandlungsmethoden nicht Bestandteil der leider stark veralteten Gebührenordnung für Heilpraktiker sind, dennoch erklären Sie sich bereit, mein Honorar zu bezahlen, unabhängig von der vollständigen Erstattung durch Ihre Versicherung oder Beihilfe.

Bitte sehen Sie dies als sinnvolle Investition in Ihre Gesundheit.

**Diese Informationen habe ich gelesen und bin damit einverstanden:**

Termin: \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Geb.: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

Versicherung \_\_\_\_\_

Datum und Unterschrift \_\_\_\_\_

## Anamnesebogen

Name: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum / Uhrzeit: \_\_\_\_\_

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

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ / Ort: \_\_\_\_\_

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

E-Mail: \_\_\_\_\_

Geschwister / Alter: \_\_\_\_\_

Wer hat uns empfohlen: \_\_\_\_\_

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

### Liebe Eltern,

bitte nehmen Sie sich genug Zeit zum Durcharbeiten und Ausfüllen dieses Fragebogens. Gemeinsam mit dem Anamnesegespräch ist er die Grundlage für die Behandlung Ihres Kindes nach den Regeln der Klassischen Homöopathie. Bei den Beispielen genügt es zu unterstreichen, Sie können jedoch auch gerne ergänzende Worte zum Krankheitsverlauf oder zur Krankengeschichte aufschreiben. Nicht nur die aktuellen Beschwerden, sondern alle schon früher aufgetretenen Krankheiten und Störungen sind von Bedeutung. Auch wenn etwas für Sie noch so unwichtig erscheint, bitte erwähnen Sie es.

### Bitte bringen Sie folgende Dinge mit:

- Alle ärztlichen und zahnärztlichen Befunde (sofern sie nicht älter als 12 Monate sind)
- Impfpass
- Untersuchungsheft
- diesen ausgefüllten Anamnesebogen
- Beipackzettel der Medikamente, die Ihr Kind zurzeit einnimmt
- und gerne auch ein Foto für die Akte

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit und das mir entgegengebrachte Vertrauen!

**Unter welchen Beschwerden leidet Ihr Kind?**

(z.B. auch: Wo die Beschwerden sind, seit wann, also auch: zu welcher Zeit, wodurch besser oder schlechter usw.)

---

---

---

**Was war unmittelbar vor dem ersten Auftreten der jetzigen Beschwerden?**

(z.B. eine Erkrankung, Kummer, Schock, Ärger, Sorgen, Unfall, Impfung, Operation, Umzug, Schulwechsel usw.)

---

---

**Nimmt Ihr Kind zurzeit Medikamente oder Nahrungsergänzungsmittel ein? Welche?**

(Bitte Beipackzettel mitbringen.)

---

**Hat Ihr Kind jemals Antibiotika oder Cortison eingenommen? Wann? Warum?**

---

**Welche Krankheiten in Ihrer Familie sind Ihnen bekannt? Auffällige, schwere, immer wiederkehrende und chronische Erkrankungen.**

(z.B. hoher Blutdruck, Schlaganfall, Herzinfarkt, Gefäßkrankheiten, Übergewicht, Zuckerkrankheit (Diabetes), Gicht, Geisteskrankheiten, Epilepsie, Tuberkulose, Steinkrankheiten, Krebs, Suchtkrankheiten, Geschlechtskrankheiten, Allergien, Neurodermitis, Schuppenflechte usw.)

Mutter

---

Vater

---

Großeltern mütterlicherseits

---

Großeltern väterlicherseits

---

Geschwister, Onkel, Tanten

---

**Schwangerschaft und Geburt:**

(z.B. Untersuchungen (Ultraschall, Fruchtwasser usw.), Verlauf der Schwangerschaft (Übelkeit, Erbrechen, vorzeitige Wehen usw.), Medikamente oder Nahrungsergänzungsmittel in der Schwangerschaft und während der Geburt, Erkrankungen, Unfälle, Ängste, Aufregung, Fehl-, Früh-, Totgeburten, Nikotin, Alkohol, Drogen, Blutungen, Entbindung termingerecht, Narkose, PDA, Lage des Kindes, Saugglocke, Zange, Kaiserschnitt usw.)

---

---

---

**Neugeborenenperiode:**

(z.B. Apgar, Sauerstoffmangel, Farbe, Nabelschnur, Blutungen, Brüche, Gelbsucht, Nabelbruch, Leistenbruch, Storchenbiss, auffällige Behaarung, Nabelentzündung, Schiefhals, Stillprobleme, Stilldauer, Medikamente während der Stillzeit (auch die Mutter), Speikind, Blähungen usw.)

---

---

---

**Welche Impfungen hat Ihr Kind bekommen?**

---

**Hat es Reaktionen auf die Impfungen gegeben?**

(z.B. Fieber, Unruhe, Krämpfe, Schlaflosigkeit, vermehrtes Schlafbedürfnis, Hautveränderungen, Magen-Darm-Beschwerden, Schreianfälle, Verhaltensauffälligkeiten usw.)

---

**Entwicklung im ersten Lebensjahr:**

(z.B. Zahnungsbeschwerden, wann konnte Ihr Kind den Kopf heben, sitzen, krabbeln, laufen, wann hat es durchgeschlafen usw.)

---

---

**Sprachentwicklung:**

(z.B. Stottert oder lispelt Ihr Kind? Sonstige Auffälligkeiten)

---

**Sauberkeitsentwicklung:**

Tags, nachts usw.

---

**Welche Infektionskrankheiten/Kinderkrankheiten hat Ihr Kind durchgemacht?**

In welchem Alter? Hat es Medikamente bekommen

---

**Friert Ihr Kind leicht oder ist es ein ausgesprochen warmes/ schwitziges Kind?**

---

**Wie werden See-, Auto-, Flug- und Bahnreisen vertragen?**

---

**Haben Sie bei Ihrem Kind einen besonderen Geruch wahrgenommen?**

Mit oder ohne Absonderungen (z.B. sauer, fischig, muffig, übelriechend)? Wann? Wo am Körper?

---

**Trägt Ihr Kind enganliegende Kleidung, Kragen, enge Gürtel, Lätzchen?**

---

**Gibt es eine auffällige Seitenbetonung?**

---

Rechtshänder  Linkshänder

**Gab es Unfälle, Knochenbrüche, Gehirnerschütterung, Operationen, Krankenhausaufenthalte?**

---

**Gibt es Reaktionen auf unterschiedliche Witterungen, Jahreszeiten, den Mond?**

---

**Reagiert Ihr Kind schnell mit Fieber?**

Wann? Wie hoch? Gab es einen Fieberkrampf?

---

**Kopf:**

(z.B. Kopfschmerzen, Migräne, Schwindel, Nasennebenhöhlenentzündungen usw.)

---

---

**Augen:**

(z.B. Rötung, Juckreiz, Brennen, Lichtempfindlichkeit, Tränenfluss, Bindehautentzündung, Gerstenkorn, Ringe unter den Augen, Brillenträger usw.)

---

**Nase:**

(z.B. Trockenheit, Niesreiz, Schnupfen, Heuschnupfen, Polypen, Geruchsempfindlichkeit, Nasenbluten usw.)

---

**Ohren:**

(z.B. Mittelohrentzündung (welche Seite?), Schwerhörigkeit, Paukenröhrchen, Geräuschempfindlichkeit, Ohrenschmalz, werden Ohrhinge vertragen usw.)

---

**Mund:**

(z.B. Geschmack, Geruch, Trockenheit, Speichelfluss, Aphten, Herpes, Risse in den Lippen/ Mundwinkeln, Farbe/ Belag der Zunge, Soor usw.)

---

**Zähne:**

(z.B. Zahnungsbeschwerden, Amalgamfüllungen, tote Zähne, Karies usw.)

---

**Hals/Kehlkopf:**

(z.B. Mandelentzündung (welche Seite?), Heiserkeit, Pseudokrapp usw.)

---

**Lunge:**

(z.B. Husten, Bronchitis, Auswurf, Lungenentzündung, Asthma usw.)

---

**Bewegungsapparat:**

(z.B. Schmerzen, Steifigkeit, Krämpfe, Brüche, kalte Hände/ Füße, schwitzige Hände/ Füße, Wirbelsäulenveränderungen, Stolperneigung usw.)

---

**Magen- Darm-Trakt:**

(z.B. Aufstoßen, Sodbrennen, Übelkeit, Erbrechen, Appetitlosigkeit, Blähungen, Koliken, Verstopfung, Durchfall, Würmer, Juckreiz am After, Windeldermatitis usw.)

---

**Stuhlgang:**

☐ Täglich ☐ jeden \_\_\_\_\_ Tag

Farbe \_\_\_\_\_ Konsistenz \_\_\_\_\_ Geruch \_\_\_\_\_

**Urogenitaltrakt:**

(z.B. Schmerzen, Juckreiz, Blasen-/ Nierenentzündung, Urinmenge, Farbe, Geruch usw.)

---

**Genitalien:**

Bei Jungen: Hodenhochstand, Phimose.

Bei Mädchen: Ausfluss, erste Menstruationsblutung, Menstruationsbeschwerden usw.)

---

**Haut:**

(z.B. Trocken, fettig, Rötungen, Brennen, Juckreiz, Akne, Ekzeme, Herpes, Warzen, Allergien, Neurodermitis, Narben, Muttermale, Reaktionen auf Insektenstiche, Neigung zu blauen Flecken, Wundheilung usw.)

---

**Haare:**

(z.B. Haarwuchs, Haarausfall, Geruch, Milchschorf, Schuppen, Läuse, Schweiß usw.)

---

**Nägel:**

(z.B. Flecken, Rillen, Nagelbettentzündung, eingewachsene Nägel, Nägelkauen usw.)

---

**Schlaf:**

(z.B. Schlaflosigkeit, häufiges Erwachen, Schwierigkeiten beim Einschlafen, Sprechen im Schlaf, Alpträume, Zähneknirschen, Nachtschweiße, offener Mund, Bettnässen, Schlaflage, Schlafzeit usw.)

---

**Appetit:**

(z.B. Keinen, wenig, viel, Heißhunger, Essstörungen usw.)

---

**Nahrungsmittelverlangen/ Lieblingsessen:**

---

**Nahrungsmittelabneigung:**

---

**Durst:**

Keinen, viel, wenig / freiwillige Trinkmenge pro Tag \_\_\_\_\_

Was trinkt Ihr Kind gerne:

---

**Schweiß:**

(z.B. Keinen, wenig, viel, wann, wo, an welchen Körperstellen, Geruch usw.)

---

**Stimmung, Temperament:**

(z.B. Ausgeglichen, fröhlich, exaltiert, traurig, depressiv, weinerlich, mutig, zurückhaltend, lebhaft, nervös, einsam, gesellig, offen, schüchtern usw.)

---

**Wovor hat Ihr Kind Angst?**

(z.B. Dunkelheit, Hunde, Katzen, Spinnen, Schlangen, Insekten, Geister, Räuber, Höhe, Wasser, Gewitter, Prüfungen, Spritzen usw.)

---

**Soll ich während der Anamnese ein bestimmtes Thema nicht ansprechen?**

---

**Wollen Sie im Anschluss alleine mit mir reden/ telefonieren?**

---

**Einverständniserklärung  
zur Erhebung/Übermittlung von Patientendaten**

Ich \_\_\_\_\_  
(Vorname, Name, Wohnort, Geburtsdatum)

bin damit einverstanden, dass meine personenbezogenen Daten von **Frau Anke Glinka** zum Zweck der heilkundlichen Versorgung und Abrechnung der Leistungen erhoben, verarbeitet und genutzt werden. Bei den Daten handelt es sich um meine Kontakt- und Gesundheitsdaten wie Anamnese, Medikation, Diagnosen, Therapievorschlage, Befunde usw.

bin damit einverstanden, dass **Frau Anke Glinka** mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde an andere Heilpraktiker/Ärzte/Physiotherapeuten zum Zweck der weiteren Behandlung und entsprechenden Dokumentation übermittelt

und/oder

bei anderen Heilpraktikern/Ärzten/Physiotherapeuten Behandlungsdaten und Befunde erhebt, die für meine heilkundliche Versorgung erforderlich sind und für diese Zwecke verarbeitet und nutzt.

Es ist mir 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. gesetzlichen Vertreters)

## Patienteninformation (FÜR IHRE UNTERLAGEN)

gem. der Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO)

Sehr geehrte Patientin,  
sehr geehrter Patient,

nach der Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO) bin ich mit Wirkung zum 25.05.2018 verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck ich Ihre personenbezogenen Daten erhebe, speichere und ggf. an Dritte weiterleite und welche Rechte Ihnen bezüglich Ihrer Daten zustehen.

Im Einzelnen führe ich insofern wie folgt aus:

1. Der Verantwortliche für die Verarbeitung der Patientendaten ist der Praxisinhaber:  
**Anke Glinka, Hohenesch 38, 22765 Hamburg**  
Ein ständiger Vertreter und/oder Datenschutzbeauftragter ist in der Praxis nicht vorhanden.
2. Ihre personenbezogenen Daten werden zum Zwecke der heilkundlichen Versorgung sowie zur Abrechnung der Leistungen erhoben und im automatisierten Praxisverwaltungssystem und in den händischen Patientenakten gespeichert. Bei den Daten handelt es sich neben Ihren Kontaktdaten insbesondere um Gesundheitsdaten wie Anamnese, Medikation, Diagnosen, Therapievorschläge, Befunde usw. Auch andere Heilpraktiker/Ärzte, bei denen Sie sich in Behandlung befinden, können uns zu diesem Zweck Daten zur Verfügung stellen.
3. Die Erhebung und Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten ist auf der Grundlage des Behandlungsvertrages zwischen Ihnen und dem Praxisinhaber notwendige Voraussetzung für eine adäquate und sorgfältige Behandlung.
4. Die Übermittlung der Daten an Dritte erfolgt nur, soweit es rechtlich zulässig ist oder Sie hierzu eingewilligt haben. Dritte in diesem Sinne können andere Leistungserbringer (Heilpraktiker/Ärzte/Physiotherapeuten usw.), Krankenversicherungen oder auch eine Verrechnungsstelle sein.
5. Ihre personenbezogenen Daten werden in der Praxis noch mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufbewahrt (§ 630 f BGB). Unter Umständen können sich nach anderen gesetzlichen Bestimmungen auch längere Aufbewahrungsfristen ergeben (bzw. müssen Aufzeichnungen über Röntgenbehandlungen gem. § 28 Abs. 3 RöV noch mindestens 30 Jahre nach der Behandlung aufbewahrt werden).
6. Rechtsgrundlagen der Datenverarbeitung sind:
  - der Behandlungsvertrag zwischen Praxisinhaber und Patient,
  - Art. 6 Abs. 1 b), Art. 9 Abs. 2 f), h) i.V.m. Abs. 3 DS-GVO
  - § 22 Abs. 1 Nr. 1 b) BDSG und
  - die in diesem Zusammenhang von Ihnen abgegebenen Einwilligungserklärungen.
7. Ihnen stehen bezüglich Ihrer Daten verschiedene Rechte zu:  
Sie können Auskunft über die erhobenen Daten und die Berichtigung unrichtiger Daten verlangen. Unter bestimmten Voraussetzungen steht Ihnen auch das Recht auf Löschung der gespeicherten Daten zu. Auf die Einschränkung der Verarbeitung/Sperrung der Daten haben Sie, soweit die Voraussetzungen gegeben sind, ebenfalls Anspruch.  
Soweit die Voraussetzungen dafür erfüllt sind, steht Ihnen des Weiteren das Recht auf Datenübertragbarkeit zu (sog. Recht auf Datenportabilität).  
Eine erteilte Einwilligung in die Datenverarbeitung können Sie jederzeit widerrufen. Näheres zu diesem Widerrufsrecht lässt sich dem jeweiligen Einwilligungs-Formular entnehmen.  
Und schließlich steht Ihnen ein Recht auf Beschwerde bei der zuständigen Aufsichtsbehörde zu, soweit Sie der Auffassung sind, dass die Verarbeitung der erhobenen Daten gegen die DS-GVO verstößt.

Bei Fragen zu den einzelnen Punkten stehe ich Ihnen selbstverständlich jederzeit gerne zur Verfügung.

*Ihre Anke Glinka*