

# Befundbogen

Liebe Patientin, lieber Patient,

In meiner therapeutischen Arbeit geht es darum, über die Symptome hinaus zu denken und ein möglichst weites Bild Ihrer Situation zu erfassen. Neben einer umfassenden Untersuchung ist damit auch eine gründliche Anamnese notwendig. Je genauere und vollständigere Informationen Sie mir geben können, desto deutlicher und umfassender wird das Bild, das ich mir von Ihrer Situation machen kann. Selbstverständlich bleiben sämtliche Informationen vollständig unter uns.

**Bitte drucken Sie den Fragebogen aus und bringen ihn ausgefüllt zu unserem ersten Termin mit. Ich werde ihn dann eingehend mit Ihnen besprechen. Bei Beispielen genügt es zu unterstreichen, ansonsten antworten Sie bitte mit eigenen Worten.**

Name \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_

## Zu Ihrer Person und Ihren Lebensgewohnheiten

Alter \_\_\_\_\_ Jahre      Größe \_\_\_\_\_ cm      Körpergewicht \_\_\_\_\_ kg

Welchen Beruf üben Sie aus und wie viele Stunden arbeiten Sie im Schnitt?

\_\_\_\_\_

Wie ist Ihr Familienstand? Haben Sie Kinder? Wenn ja, in welchem Alter?

\_\_\_\_\_

Gehen Sie aktiv Hobbys nach?

\_\_\_\_\_

Treiben Sie regelmäßig Sport? Wenn ja, welchen und seit wann?

\_\_\_\_\_

Wie ist Ihr Schlafverhalten? Schlafen Sie gut ein? Schlafen Sie durch?

\_\_\_\_\_

Leben Sie nach bestimmten Ernährungsrichtlinien?

\_\_\_\_\_

Wie viel trinken Sie am Tag und was?

\_\_\_\_\_

Rauchen Sie? Wenn ja, seit wann und wie viel?

\_\_\_\_\_

Trinken Sie Alkohol? Wenn ja, wie oft und wie viel?

\_\_\_\_\_

## Wie zufrieden sind sie ganz allgemein mit Ihrem Leben?

Sehr zufrieden

Zufrieden

Geht so

Unzufrieden

Sehr unzufrieden

**Gibt es Bereiche in Ihrem Leben, die Sie als belastend empfinden?**

---

---

**Würden Sie gerne etwas in Ihrem Leben verändern?**

---

---

**Welche Beschwerden haben Sie aktuell?**

---

---

---

---

---

**Seit wann etwa bestehen diese Beschwerden?**

---

**Welche Beschwerden stehen für Sie persönlich im Vordergrund?**

---

---

**Glauben Sie einen Auslöser dieser Beschwerden zu kennen? *Gerne ganz subjektiv!***

---

---

---

---

**Was wäre für Sie ein erfolgreiches Ergebnis einer Behandlung?**

---

---

**Gibt es zu Ihren Beschwerden schon eine oder mehrere ärztliche Diagnose(n)? Wenn ja, welche?**

---

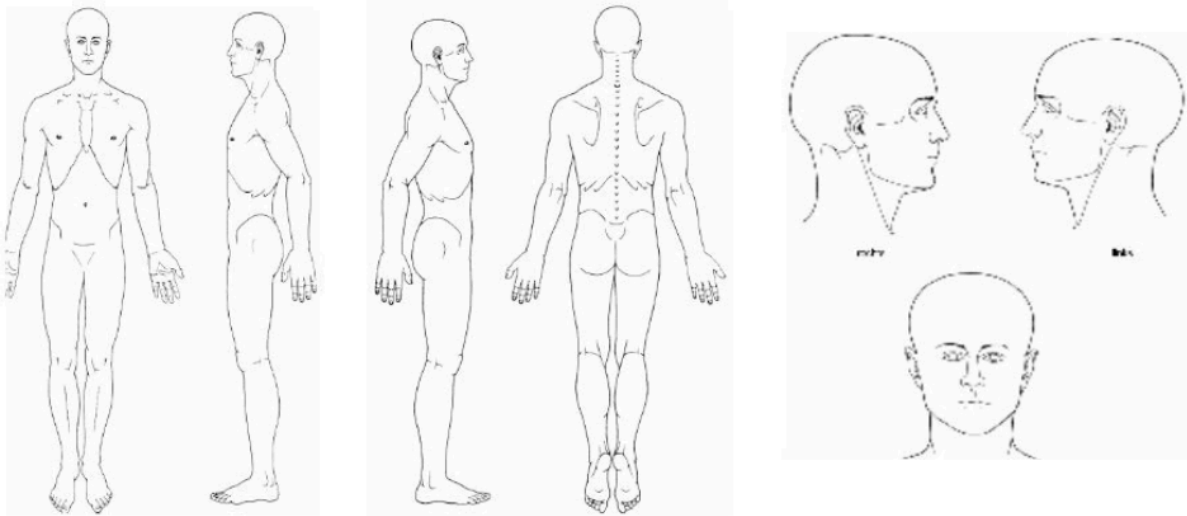
---

**Haben Sie schon andere Therapieversuche unternommen? Wenn ja, welche?**

---

---

**Treten Schmerzen oder Missempfindungen auf? Wenn ja, wo?**



(Bei Schmerzen kreisen sie den Schmerzort ein und markieren ausstrahlende Schmerzen mit einem Pfeil)

**Wie stark sind Sie die Schmerzen auf einer Skala von 1 (sehr leicht) bis 10 (maximal vorstellbar)?**

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

**Wie oft und seit wann haben Sie diese Schmerzen oder Missempfindungen?**

---

---

**Was verschlimmert den Schmerz/ die Missempfindungen?**

körperliche Belastung - längeres Stehen/ Sitzen/ Gehen - Stress - Kälte - Wärme - tiefes Atmen - Husten  
Sonstige: \_\_\_\_\_

Bezug zur Tageszeit? \_\_\_\_\_

**Wie ist die Qualität des Schmerz- bzw. Missempfindung?**

ziehend - brennend - stechend - klopfend - drückend - reißend - krampfend - dumpf - bohrend - kolikartig -  
kribbelnd - taub - Ameisenlaufen - kalt - heiß

anderes: \_\_\_\_\_

**Was verbessert den Schmerz/ die Missempfindungen?**

Bewegung - Ruhe - Schlaf - Kälte - Wärme - Sport

anderes: \_\_\_\_\_

Wirken Schmerzmittel? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Sind andere Symptome mit dem Schmerz oder den Missempfindungen verbunden?**

Hautrötung - Blässe - Schwellung - Berührungsempfindlichkeit - Muskelschwäche - Bewegungseinschränkung

Missempfindungen - Schweißbildung - Müdigkeit - Schwindel - Gangunsicherheit

anderes: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Nehmen Sie aktuell Medikamente?** Wenn ja, welche und seit wann?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Hatten Sie Unfälle (auch weit zurückliegend)?** Wenn ja, mit welchen Verletzungen und wann in etwa?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Gab es Operationen (auch weit zurückliegend)?** Wenn ja, welche Eingriffe wurden wann vorgenommen?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Haben Sie Narben? Wenn ja, wo?**

\_\_\_\_\_

**Sind Erkrankungen der folgenden Liste in Ihrer Familie (Eltern / Geschwister/ Großeltern) bekannt?**

Bluthochdruck - Herz-/Kreislaufkrankungen - Diabetes - Asthma - Krebs - Rheuma - Allergien - Demenz -

Migräne - andere Erbkrankheiten

Sonstiges: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Bitte gehen Sie die folgende Liste komplett durch, auch wenn Sie sich aktuell gesund fühlen.**

*Haben Sie ein der folgenden Erkrankung? Sind diese behandelt worden? Womit? Gibt es aus diesen Bereichen Symptome? Treten bestimmte Symptome oder Erkrankungen wiederholt auf?*

**Kopfschmerzen?** Nicht abgeklärt - Spannungskopfschmerzen - Migräne - Sonstige \_\_\_\_\_

Seit wann? \_\_\_\_\_

Wie oft? \_\_\_\_\_

Wo lokalisiert? \_\_\_\_\_

Welche Art Schmerz? ziehend - stechend - drückend - brennend

**Augen:** kurzsichtig, weitsichtig, Bindehautentzündungen, Grauer Star, Makuladegeneration, Glaukom

Sonstiges \_\_\_\_\_

Tragen Sie eine Brille/ Kontaktlinsen

**Ohren:** links / rechts

Tinnitus seit \_\_\_\_\_ Monaten/ Jahren Qualität des Ohrgeräusches \_\_\_\_\_

Schwerhörigkeit seit \_\_\_\_\_ Jahren Tragen Sie ein Hörgerät? Ja Nein

Sonstiges \_\_\_\_\_

Kennen Sie folgende Symptome? Schwindel - Gleichgewichtsstörungen - Ohrensausen

**Nase:** häufige Nasennebenhöhlenentzündungen - behinderte Nasenatmung - Polypen - Operationen

**Kiefer und Zähne:**

Tragen Sie eine Zahnschiene? Ja Nein

Zahnfüllmaterialien: Amalgam - Kunststoff - Gold - Keramik

Wurden bei Ihnen Amalgamfüllungen entfernt? Ja Nein

Wurde eine Amalgamausleitung durchgeführt? Ja Nein

Wurden Zahnwurzelbehandlungen durchgeführt? Ja Nein

Haben Sie Kiefergelenksprobleme? Knacken - Schmerzen - Kiefersperre

**Rachen:** häufig Mandelentzündungen als Kind / aktuell - ganz / teilweise entfernt

**Schilddrüse:** Überfunktion - Unterfunktion - Vergrößerung - Hashimoto - M. Basedow - Operation -

Medikamente - Sonstige \_\_\_\_\_

**Herz:** Herzfehler - Angina Pectoris - Infarkt - Rhythmusstörungen - Herzschrittmacher - Herzinsuffizienz

- Medikamente - Sonstiges \_\_\_\_\_

**Lunge:** häufig Husten - verschleimt - Geräusche - Asthma - Bronchitis

Sonstiges \_\_\_\_\_

**Magen/Leber/ Galle:** Druckgefühl im Oberbauch - Völlegefühl - Appetitlosigkeit - Sodbrennen -

Säureblocker - Koliken - Fettunverträglichkeit - Gallensteine - Entzündung - Geschwür - Gastritis - Hepatitis -

Fettleber - Zirrhose - Operation

Sonstiges \_\_\_\_\_

**Darm:** Blähungen - Bauchschmerzen - Reizdarmsyndrom - Zöliakie - Laktoseintoleranz - Hämorrhoiden - Morbus Crohn - Colitis Ulcerosa Blinddarmoperation - Sonstiges \_\_\_\_\_

---

**Stuhlgang:** täglich - jeden 2. 3. 4. Tag - unregelmäßig

Neigung zu Verstopfungen - Neigung zu Durchfall

Stuhl hell - dunkel - hart - knollig - weich - schmierig - kann Stuhl nicht halten - Gefühl nicht fertig zu werden - Stuhlgang wechselhaft - Sonstiges \_\_\_\_\_

**Harnwege:** Blasen/ Harnwegsentzündungen - Inkontinenz - Nierensteine - Wanderniere- Operationen

Harn: viel - wenig - häufig Sonstiges \_\_\_\_\_

**Prostata:** (*Nur Männer*) vergrößert - Entzündung (gehabt - aktuell) - Beschwerden beim Wasserlassen Operation - Sonstiges \_\_\_\_\_

**Gynäkologie** (*nur Frauen*)

Zysten - Myome - Ausfluss - Eierstockentzündungen - Endometriose - Gebärmutterentfernung - andere Operationen - Sonstiges \_\_\_\_\_

Entbindungen: Ja Nein Wie viele? \_\_\_\_\_

Gab es Komplikationen während der Schwangerschaft(en)?

---

Gab es Komplikationen während der Geburt(en)? (*z.B. Kaiserschnitt/ Steißblage*)

---

Haben Sie Regelbeschwerden? vor - nach - während welcher Art? \_\_\_\_\_

---

Nehmen Sie Verhütungsmittel? Ja - Nein - Welche? \_\_\_\_\_

---

Besteht ein unerfüllter Kinderwunsch? Ja - Nein

Sind Sie in den Wechseljahren? Ja - Nein - Weiß nicht

**Sexualität:** unbefriedigend - Beschwerden während/ nach Geschlechtsverkehr -

Geschlechtskrankheiten

Sonstiges \_\_\_\_\_

---

**Schlaf:** häufiges Erwachen (Uhrzeit \_\_\_\_\_) - Schwierigkeiten beim Einschlafen - Sprechen im Schlaf - Unruhe in den Beinen - Nachtschweiß - Schlafwandeln - Zähneknirschen - Schnarchen

Sonstiges \_\_\_\_\_

**Allergien:** Heuschnupfen - Hausstaub - Tierhaare - Milben - Metalle

Medikamente: \_\_\_\_\_

Nahrungsmittel: \_\_\_\_\_

Sonstiges: \_\_\_\_\_

**Rücken:** Beweglichkeit eingeschränkt - Schmerzen - Blockaden - Bandscheibenvorfall - Stenosen

Ausstrahlungen - Operationen - Medikamente

Sonstiges: \_\_\_\_\_

**Arme/ Hände:** Verletzungen - Schmerzen - Kribbeln - Tennisellenbogen - kalte Hände -

Taubheitsgefühl - Karpaltunnelsyndrom

Sonstiges: \_\_\_\_\_

**Beine/ Füße:** Verletzungen - Schmerzen - Krampfadern - Operationen - kalte Füße - Taubheitsgefühl -

Kribbeln

Sonstiges \_\_\_\_\_

Tragen Sie Einlagen? Ja Nein

Wenn ja welche, seit wann? \_\_\_\_\_

**Haut / Nägel:** Geschwüre - Hautjucken - Warzen - Pilze - eingewachsene Nägel - Nagelbettentzündung -

Tumore - Blutschwämmen - Male - Operationen - Sonstiges \_\_\_\_\_

**Andere Erkrankungen:** Osteoporose - Bluthochdruck - Anämie - Arteriosklerose - Diabetes -

Fettstoffwechselstörung Leukämie - diverse Krebserkrankungen - Infektionskrankheiten - Demenz -

Depression - andere psychische Störungen Rheumatische Erkrankung - Blutgerinnungsstörungen -

Autoimmunerkrankungen - Sonstige \_\_\_\_\_

### **Zur Behandlung:**

JEDE Behandlung kann mit einem Risiko behaftet sein. Ich arbeite mit sehr gezielten, in der Regel sanften Techniken und schule mich regelmäßig weiter. Somit ist ein Risiko auf ein absolutes Minimum eingeschränkt.

Anhand des Anamnesebogens und der anschließenden Untersuchung können eventuelle Risikofaktoren festgestellt werden. Bei Unklarheiten sprechen Sie bitte mit mir.

### **Einverständniserklärung / Behandlungskriterien**

Hiermit beantrage ich für mich bzw. meinen oben genannten Angehörigen die Untersuchung und Behandlung durch Herrn Tim Gerhardt.

Ich verpflichte mich das Honorar für die Behandlung selbst zu tragen (90€/Stunde), unabhängig von Ansprüchen Dritter, z.B. Versicherung, Beihilfe usw.

Über die Behandlung hat die Praxis eine ordnungsgemäße Rechnung zu erstellen. Die Rechnung ist innerhalb von 14 Tagen ab Zugang auszugleichen. Die Rechnung wird mit dem Regelhöchstsatz gemäß GebüH (Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker) erstellt.

Vereinbarte Termine sind mind. 24 Stunden vorher abzusagen. Unterbleibt dies, ist der Patient nach BGB grundsätzlich verpflichtet, die vereinbarte Vergütung für die geplante Behandlung zu bezahlen, es sei denn, ihn trifft an der Versäumung des Termins kein Verschulden. Der Patient ist verpflichtet dies nachweisen.

Ich habe den Fragebogen vollständig gelesen und verstanden und nach bestem Wissen und Gewissen ausgefüllt.

Datum .....                      Unterschrift .....

(bei Minderjährigen der Erziehungsberechtigte)



## Einwilligungserklärung für PatientInnen in die Datenverarbeitung

von Herr/Frau: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Praxis Therapiezeit Ludwigsfelde, Straße der Jugend 24, 14974 Ludwigsfelde

Ich bin einverstanden, dass durch die Praxis Therapiezeit Ludwigsfelde meine Daten zu folgenden Zwecken erhoben, verarbeitet und genutzt werden: Zur Pflege der Kontaktdaten, der Erfüllung des Behandlungsvertrags, zur Abrechnung erbrachter Leistungen mit Krankenkassen, Abrechnungsstellen oder dem Patienten, zur therapeutischen Dokumentation, zum Erstellen von Behandlungsberichten und Arztbriefen.

Zu diesen Zwecken können Ihre Daten an den überweisenden Arzt, die Krankenkasse und/oder die Abrechnungsfirma weitergeben oder übermittelt werden. Dort werden diese ebenfalls zu folgenden Zwecken verarbeitet und genutzt: Zur Pflege der Kontaktdaten, zur Abrechnung erbrachter Leistungen mit Krankenkassen, zur therapeutischen Dokumentation.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass

- ➤ die im Rahmen der vorstehenden genannten Zweck erhobenen persönlichen Daten meiner Person unter Beachtung des DSGVO und des BDSG erhoben, verarbeitet, genutzt und übermittelt werden,
  - ➤ die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten auf freiwilliger Basis erfolgt und dass ich mein Einverständnis mit der Folge verweigern kann, dass der Behandlungsvertrag nicht erfüllt werden kann/nicht zustande kommt und die Behandlung mit der Krankenkasse nicht abgerechnet werden kann.
  - ➤ Ich bin jederzeit berechtigt, Auskunft über die zu meiner Person gespeicherte Daten zu verlangen.
- Ich bin jederzeit berechtigt, die Berichtigung, Löschung oder Sperrung einzelner personenbezogener Daten zu verlangen.
- Ich bin jederzeit berechtigt, mit Wirkung für die Zukunft diese Einwilligungserklärung zu widerrufen.

Im Falle des Widerrufs ist der Widerruf zu richten an:

Therapiezeit Ludwigsfelde Straße der Jugend 24 14974 Ludwigsfelde

Im Falle des Widerrufs werden meine Daten nach Ablauf gesetzlicher Fristen und falls solche nicht mehr zu beachten sind, mit dem Zugang der Willenserklärung der Praxis gelöscht. Die Praxis wird meinen Widerruf an die o. g. Dritten weiterleiten, die ihrerseits dann meine Daten löschen.

Den Aushang „Patienteninformation zum Datenschutz“ habe ich gelesen und verstanden.

---

Ort, Datum

Unterschrift

## 6. Rechtliche Grundlagen

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist Artikel 9 Absatz 2 lit. H) DSGVO in Verbindung mit Paragraf 22 Absatz 1 Nr. 1 lit. B) Bundesdatenschutzgesetz. Sollten Sie Fragen haben, können Sie sich gern an uns wenden.

Ihr Praxisteam