Prof. Dr. rer. nat. Frank Bittmann (Heilpraktiker & Sportbiologe)
Dr. phil. Laura Schaefer (Heilpraktikerin & Sportwissenschaftlerin)
Erik Bittmann (Heilpraktiker & Physiotherapeut)
Enken Volkens (Heilpraktikerin & Physiotherapeutin)

Anamnesebogen

Datum:

Liebe Patientin, lieber Patient,

im Rahmen unseres integrativen Medizinkonzepts ist eine ausführliche Anamnese (Krankengeschichte) wesentlich für den Behandlungserfolg. Deshalb bitten wir Sie, unseren Fragebogen sorgfältig auszufüllen.

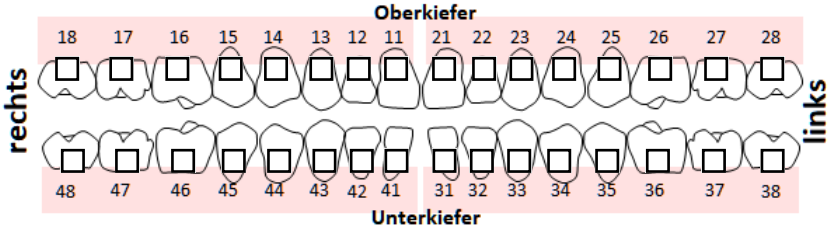
Näheres zu unserem Konzept ist unserer Website www.integrative-medizin-bittmann.de zu entnehmen. Für Fragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Name	Vorname	geboren am
Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?		
Welches sind die **Beschwerden**, wegen derer Sie uns aufsuchen?	*Hauptbeschwerde* *seit wann?* *Was?* Bitte geben Sie die minimale & maximale Stärke Ihrer Haupt-beschwerden an. (2 Kreuze)	beschwerde-frei ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ unerträglich 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 -10
	Weitere Beschwerden *seit wann?* *Was?*	
Welche **Behandlung(en)** (inkl. Medikamenteneinnahme) haben Sie bezüglich Ihrer Beschwerden bereits in Anspruch genommen?	*Zeitraum (von - bis)* *Art der Behandlung*	
Nehmen Sie sonstige Medikamente ein? Listen Sie diese bitte ggf. auf.	*Seit wann?* *Was & Dosierung?* *Wofür?*	

Prof. Dr. rer. nat. Frank Bittmann (Heilpraktiker & Sportbiologe)
Dr. phil. Laura Schaefer (Heilpraktikerin & Sportwissenschaftlerin)
Erik Bittmann (Heilpraktiker & Physiotherapeut)
Enken Volkens (Heilpraktikerin & Physiotherapeutin)

Geben Sie bitte alle Ihre **bisherigen gesundheitlichen Probleme, Erkrankungen und Diagnosen** seit der Kindheit an Ausgenommen banale Infekte & vorübergehende Befindensstörungen) Listen Sie diese bitte in chronologischer Reihenfolge auf! Wenn Unterlagen dazu vorliegen (Röntgen-, CT-/MRT-Bilder, Befund-/OP-Berichte etc.), bringen Sie diese – soweit möglich - mit. Sollte der Platz nicht ausreichen, so benutzen Sie bitte die Rückseite.	*Wann?* *Was?*
Hatten Sie jemals eine der angegebenen Erkrankungen?	EBV/Pfeiffrisches Drüsenfieber ☐ Borreliose ☐ Hepatitis ☐ Lippenherpes/Genitalherpes ☐ Gürtelrose ☐ Pilzerkrankung ☐
Haben oder hatten Sie **wiederkehrende** Beschwerden in den folgenden Bereichen?	Atemwege ☐ Auge ☐ Mandeln ☐ Blase/Niere ☐ Nasennebenhöhlen ☐ Ohr ☐ Haut ☐ Sonstiges:
Welche **Operationen** wurden wann durchgeführt?	*Wann?* *Welche OP?*
Welche **Unfälle / Verletzungen** haben Sie erlitten?	*Wann?* *Was?*
Haben Sie **Narben, Piercings, Tattoos?** Wo und welche?	
Haben Sie Probleme mit der **Verdauung**? (zutreffendes ankreuzen)	gehäuft Blähungen ☐ Neigung zur Verstopfung ☐ Neigung zu Durchfall ☐
Falls Sie **Unverträglichkeiten** haben: welche? Falls Sie **Allergien** haben: welche?	

Prof. Dr. rer. nat. Frank Bittmann (Heilpraktiker & Sportbiologe)
Dr. phil. Laura Schaefer (Heilpraktikerin & Sportwissenschaftlerin)
Erik Bittmann (Heilpraktiker & Physiotherapeut)
Enken Volkens (Heilpraktikerin & Physiotherapeutin)

Wann wurde bei welchem Zahn welche zahnärztliche Behandlung durchgeführt? Kreuzen Sie bitte den entsprechenden Zahn in der Abbildung an & übernehmen Sie die Nummer unten für die Angabe von Zeitraum & Behandlung; Relevant sind: **Wurzelkanalfüllung (WKF), Wurzelspitzenresektion (WSR), Extraktion (E), Implantat (I), Brücke (B);** einzelne Füllungen sind nicht relevant. Sollten Sie weitere Besonderheiten bzgl. Ihrer Bezahnung haben, geben Sie diese bitte auch an.	 *Zahn-Nr?* *Wann?* *Was?*
Wie viele Zähne sind aktuell **Amalgam**-gefüllt? Wie viele waren es früher?	
Welche Weisheitszähne sind...? Bitte jeweils mit angeben, für welchen Weisheitszahn was zutrifft! Bei 4) & 5) geben Sie bitte die Jahreszahl an.	(1) nicht angelegt (2) nicht gekommen (3) schief gekommen (4) herausoperiert (5) gezogen
Hatten Sie eine kiefer-orthopädische Behandlung?	☐ nein ☐ ja ggf. von...bis:
Wann haben Sie welchen Sport getrieben?	*Alter* *Sportart*
Welches ist Ihre vorwiegend ausgeübte Tätigkeit und seit wann führen Sie diese aus?	
Wie schätzen Sie	...Ihre berufliche Stressbelastung ein? 10 ☐ unerträglich 9 ☐ 8 ☐ 7 ☐ 6 ☐ 5 ☐ 4 ☐ 3 ☐ 2 ☐ 1 ☐ 0 ☐ stressfrei ...Ihre persönliche Lebenssituation ein? 10 ☐ traumhaft 9 ☐ 8 ☐ 7 ☐ 6 ☐ 5 ☐ 4 ☐ 3 ☐ 2 ☐ 1 ☐ 0 ☐ unerträglich

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Prof. Dr. rer. nat. Frank Bittmann (HP)
Dr. phil. Laura Schaefer (HP)
Erik Bittmann (HP)
Enken Volkens (HP)

Prof. Dr. rer. nat. Frank Bittmann (Heilpraktiker & Sportbiologe)
Dr. phil. Laura Schaefer (Heilpraktikerin & Sportwissenschaftlerin)
Erik Bittmann (Heilpraktiker & Physiotherapeut)
Enken Volkens (Heilpraktikerin & Physiotherapeutin)

Patienten-Aufnahmeformular

Name: Vorname:

Geb.-Datum:

Straße/ Nr.:

PLZ/Ort:

Telefon 1: Telefon 2:

E-Mail:

Krankenkasse: Gesetzlich ☐ Privat ☐ Beihilfe ☐ Zusatzversicherung ☐

Name d. Krankenkasse:

Bitte nehmen Sie die folgenden Informationen zur Kenntnis und bestätigen Sie uns durch Ihre Unterschrift, dass Sie diese verstanden haben und mit diesen einverstanden sind.

Liquidation

Unsere Rechnungslegung erfolgt entsprechend der Ziffern des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebüH). Leistungen, die nicht explizit im GebüH stehen, werden gemäß ähnlicher Leistungen abgerechnet. Unsere Abrechnungssätze können höher ausfallen, als in der GebüH vorgesehen. Mit Ihrer Unterschrift erkennen Sie diese Verfahrensweise ausdrücklich an und verpflichten sich, die Behandlungskosten mit den zugehörigen Verrechnungssätzen zu tragen. Gesetzliche Krankenkassen erstatten i.d.R. keine Heilpraktiker-rechnungen, private ggf. nur zum Teil. Sie erklären hiermit, den ggf. zu Ihrem Versichertensatz entstehenden Differenzbetrag privat und unabhängig von der Zahlung Ihrer Krankenversicherung zu liquidieren.

Die Rechnung wird Ihnen grundsätzlich per E-Mail zugestellt. Bitte achten Sie daher darauf, eine gültige E-Mail-Adresse anzugeben. Ausnahmefälle können gesondert vereinbart werden.

Datenschutzrechtliche Regelungen

In unserer Praxisgemeinschaft ist jeder Heilpraktiker auf eigene Verantwortung und Rechnung tätig. Das bedeutet, dass alle behandlungsbezogenen Daten nur durch Ihren Behandler einsehbar sind. Die gemeinsame Terminorganisation erfordert jedoch, dass die Stammdaten (Namen, Geburtsdatum, Kontaktdaten, Krankenkasse) der Patienten sowie die Termindaten für alle Behandler der Praxisgemeinschaft und ggf. eine mit organisatorischen Aufgaben betraute dritte Person einsehbar sind. Sämtliche Personen sind zur Verschwiegenheit verpflichtet. Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie sich mit diesem Verfahren einverstanden.

Sollte ein einvernehmlich vereinbarter Therapeutenwechsel innerhalb der Praxis stattfinden, stimme ich dem Austausch meiner Behandlungsdokumentation zu (bitte ankreuzen): ☐ ja ☐ nein

Um den datenschutzrechtlichen Vorschriften zu entsprechen, nutzen wir für die Erfassung, Speicherung und Verarbeitung aller patientenbezogenen Daten (einschl. Stammdaten, Terminlegung, Dokumente, Abrechnung) die hierfür nach der EU-DSGVO zertifizierte IT-Plattform "appointmed". Sie erhalten daher demnächst von diesem Dienstleister per E-Mail gesonderte datenschutzrechtliche Informationen, denen Sie bitte zustimmen mögen. Die rechtlichen Rahmenbedingungen machen Ihre Zustimmung für eine Registrierung und Behandlung bei uns erforderlich. Wir bitten Sie hierfür um Verständnis.

Die detaillierten Informationen zum Datenschutz unserer Praxisgemeinschaft finden Sie hier sowie auf unserer Praxiswebsite. Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie, dass Sie diese gelesen und verstanden haben und allen dort dargestellten Punkten – insb. bzgl. Ihrer sensiblen persönlichen Daten – ausdrücklich zustimmen.

Unangekündigtes Nichterscheinen

Für Ihre individuelle Behandlung planen wir vergleichsweise viel Zeit ein. Bitte beachten Sie, dass damit bei einem kurzfristigen Terminausfall entsprechend viel Leerlauf entsteht und dieser Termin anderen Patienten nicht mehr angeboten werden kann. Die laufenden Kosten fallen dennoch an. Sagen Sie daher Termine bitte möglichst frühzeitig ab, mindestens aber 24h vor dem Termin. Wir behalten uns vor, bei unangekündigtem Nichterscheinen bzw. zu kurzfristiger Absage (<24h) eine angemessene Pauschale zu berechnen.

Ort/Datum: Unterschrift:

Falls Sie keine Möglichkeit zur digitalen Signatur haben oder das Formular nicht mit Unterschrift per Mail zu-schicken können, bringen Sie bitte dieses Formular (S 4) ausgedruckt zum ersten Termin mit.