

## Anamnesebogen

Vorgeschichte für die funktionsmedizinische Erstuntersuchung

Name, Vorname:

---

Geburtsdatum:

---

Straße/ Hausnr.:

PLZ / Ort:

---

Beruf:

Familienstand:

---

E-Mail:

Telefon:

---

Kinder (Anzahl):

Krankenkasse:

---

Versicherten Nummer:

Zusatzversicherung:

---

Größe:

Gewicht:

---

Bei Minderjährigen Patienten bitte den Rechnungsempfänger mit Geburtsdatum angeben:

---

---

Sie erleichtern uns das Vorgespräch, wenn Sie in diesem Bogen vorab die wichtigsten Informationen eintragen. Wir werden dann im persönlichen Gespräch die Einzelheiten besprechen.

Bitte füllen Sie die Zettel ca. eine Woche vor Ihrem Termin in Ruhe aus und bringen Sie die Bögen zu Ihrem Termin mit!

Unter welchen **Beschwerden** leiden Sie:

Hauptbeschwerden:

---

---

Nebenbeschwerden:

---

---

Seit **wann** haben Sie Beschwerden?

---

Was war unmittelbar **vor Auftreten der jetzigen Beschwerden?** (z.B. eine Erkrankung, Kummer, Trauer, Schreck, Operation, Hautausschläge, Medikament, usw...)

---

---

---

---

Welche **Krankheiten** sind in Ihrer Familie bekannt? Eltern, Großeltern, Urgroßeltern oder Geschwister? (z.B. Krebs, Tuberkulose, Geisteskrankheiten, Rheuma, Nierensteine, Gallensteine, Multiple, Sklerose, Gicht, Allergien, Schuppenflechte, Neurodermitis, Migräne, etc.)

---

---

---

---

Welche **Infektionskrankheiten** haben Sie durchgemacht? (Masern, Mumps, Röteln, Keuchhusten, Windpocken, Scharlach, Tetanus, Kinderlähmung, Malaria, Salmonellose, Rur, Pfeiffersches Drüsenfieber, Gonorrhoe, Syphilis, Tropenkrankheiten, etc.)

---

---

---

Welche **Auffrischungsimpfungen** haben Sie bekommen? Bitte Impfausweis mitbringen. (z.B. Tuberkulose, Polio, Diphtherie, Tetanus, Keuchhusten, Hepatitis, Zecken, etc.)

---

---

Gab es **Reaktionen auf Impfungen**? (z.B. Fieber, Krämpfe, Unruhe, Schlaflosigkeit, Verhaltensänderung, etc.)

---

---

Haben Sie **Allergien**?

Pollen / wann? : \_\_\_\_\_

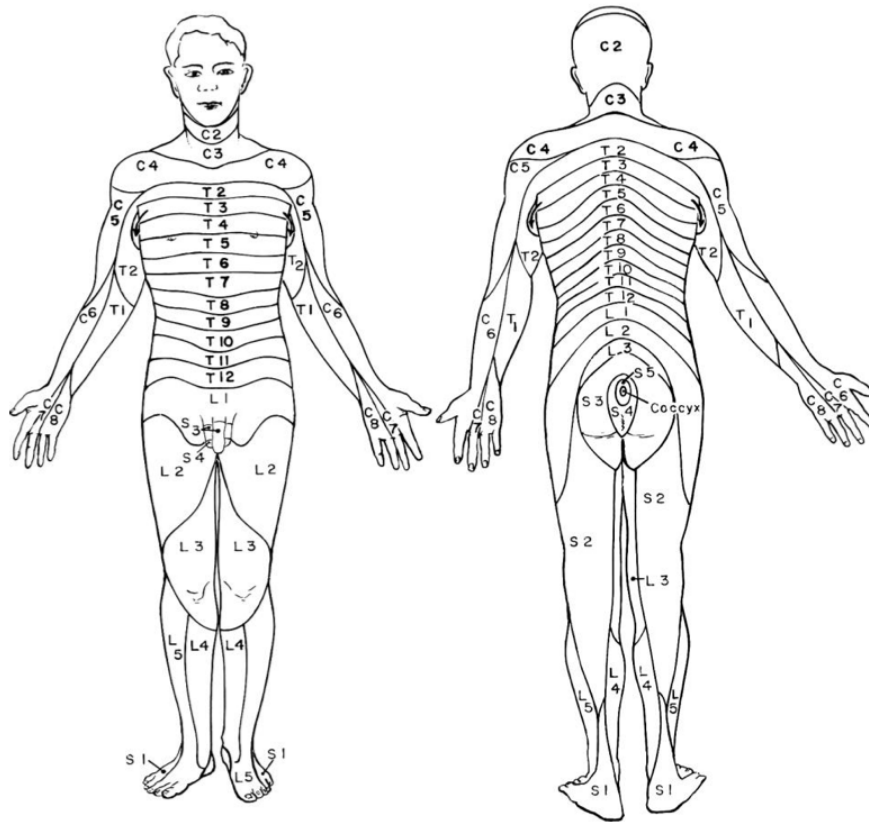
Lebensmittel? : \_\_\_\_\_

Sonstige? : \_\_\_\_\_

Allgemeine durchschnittliche körperliche und geistige Leistungsfähigkeit in den letzten Wochen?

\_\_\_\_\_ %

Zeichnen Sie bitte die **Schmerz- bzw. Beschwerdeorte** in das nebenstehende Schema ein.  
Alternativ nutzen Sie dafür die nachstehenden Tabellen.



**Beschwerden:**

Kopf

Kopfschmerzen	
Haare	
Augen	
Ohren	
Nase	
Mandeln	
Schilddrüse	

## Brust – Bauch

Herz	
Lunge	
Leber	
Galle	
Magen – Darm	
Stuhlgang	

## Unterleib – Gynäkologie

Gynäkologie	
Verhütungsmittel	
Sexualität	
Zyklus/Blutungsqualität	
Kinderwunsch	
Prostata	
Harn	
Niere/Blase	

## Rücken – Arme – Beine – Haut

Arme	
Beine	
Rücken	
Haut/Nägel	
Narben	

Welche Ärzte und / oder Heilpraktiker haben Sie bisher aufgesucht?

---

---

---

---

Welche **Untersuchungen** wurden aufgrund Ihrer Beschwerden bisher durchgeführt? Welche Ergebnisse gab es? (Röntgen, MRT, CT, Labor, Magen-/Darmspiegelung, ...)

---

---

---

---

Bitte bringen Sie Befunde und / oder Bilder mit!

Welche **Therapieverfahren** wurden für Ihre jetzigen Beschwerden bisher angewandt und mit welchem Erfolg?

---

---

---

---

Hatten Sie in der Vergangenheit **Unfälle** einschließlich Knochenbrüche und Prellungen? Welche?

---

---

---

---

Hatten Sie in der Vergangenheit **Operationen**? Welche? Gibt es anderweitige **Narben**?

---

---

---

---

Leiden Sie unter **Schwindel oder / und Kopfschmerzen**? Wie lassen sich die Beschwerden auslösen?

---

---

---

---

Gab oder gibt es **seelische Belastungen**? Wurde diesbezüglich schon behandelt?

---

---

---

---

Was machen Sie in Ihrer **Freizeit**?

---

---

---

---

Sind Erkrankungen der **Nasennebenhöhlen** oder der **Mandeln** bekannt? Welche?

---

---

---

---

Wie oft haben Sie in der Woche **Stuhlgang**? Wie ist die Konsistenz (Durchfall, breiig, geformt, fest = hart)? Wechselt die Konsistenz häufig? Leiden Sie unter Blähungen?

---

---

---

---

Sind Erkrankungen des **frauenärztlichen Bereichs bzw. Prostata** bekannt?

---

---

---

---

**Für Frauen:** Ist Ihre Regelblutung regelmäßig, haben Sie dabei starke Beschwerden, wie lange dauert ein Zyklus, wie lange die Blutung, gibt es Zwischenblutungen?

---

---

---

---























































## Zahnärztliche Behandlung

Bitte zeichnen Sie, soweit Sie können, in die untenstehende Abbildung die Angaben ein, die Sie selbst machen können. Schauen Sie in den Spiegel und / oder bitten Sie Ihren Zahnarzt um Mithilfe!

Zahnersatz: O - Inlay/Onlay, K - Krone, B - Brücke, I - Implantat, W - wurzelbehandelte Zähne  
 Zahnersatzmaterial: A - Amalgam, P - Kunststoff, G - Gold, C - Keramik

Tragen Sie bitte nachfolgendem Schema ein. Alternativ nutzen Sie bitte die nachstehenden Zeilen für Freitext:

“Keramik-Inlay bei Zahn 18 - OK bei 18, Amalgamfüllung bei 23 - OA bei 23”

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
															
															
			V	IV	III	II	I	I	II	III	IV	V			
			V	IV	III	II	I	I	II	III	IV	V			
															
															
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

---



---



---



---

Wurden bei Ihnen **Amalgam** bereits entfernt? Wann?

---

---

---

Wurde eine Amalgam-**Ausleitung** / Ausschwemmung durchgeführt? Womit?

---

---

---

Wann war der **letzte Zahnarztbesuch**?

---

---

---

Gibt es eine **Panorama-Röntgenaufnahme (OPG)** Ihres Gebisses neueren Datums, ggf. von wann? **Bringen Sie das OPG bzw. Röntgenzielaufnahmen der Zähne bitte möglichst leihweise mit.**

---

---

---

**Rauchen** Sie? Wieviel?

---

Wieviel **Kaffee** trinken Sie?

---

Wie viele Stunden sind Sie täglich am **Computer** tätig?

---

Leiden oder litten Sie unter folgenden **Erkrankungen**? Wann bzw. seit wann? Nehmen Sie diesbezüglich Medikamente?

Schilddrüse:

---

Herz/Kreislauf:

---

Lunge:

---

Leber/Galle/Bauchspeicheldrüse:

---

Niere/Blase:

---

Krebserkrankungen:

---

Infektionskrankheiten:

---

Bewegungsapparat:

---

Stoffwechselerkrankungen (Diabetes, Gicht, Cholesterin, etc.):

---

Medikamente:

---

Was machen Sie selbst, um Ihre Gesundheit günstig zu beeinflussen?

---

---

---

Treiben Sie Sport (Welchen? Seit wann?)?

---

---

---

**Schlaf** (Wie viele Stunden, Ein- bzw. Durchschlafschwierigkeiten, früh erholt?)

---

---

Schlaf von: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_

**Appetit**, Beispiel: Haben Sie Heißhunger auf Süßes? (Verlangen / Abneigungen)

---

---

Leben Sie nach bestimmten **Ernährungsrichtlinien**?

---

---

Durst, **Trinkmenge** pro Tag in Liter:

---

---

**Meine Nahrungsmittel:**

Morgens	
Mittags	
Abends	
Nachts	

Welche **Medikamente** nehmen Sie zurzeit ein?

---

---

Bitte füllen Sie folgende Werte aus.

**Blutgruppe:** \_\_\_\_\_

**Blutdruck/Puls:** \_\_\_\_\_

**Größe:** \_\_\_\_\_ cm

**Gewicht:** \_\_\_\_\_ kg

Was erwarten Sie von unserer Behandlung?

---

---

*Vielen Dank für Ihre Mithilfe!*

*Ihre*



## Behandlungsvertrag

Zwischen der  
**Praxis**, nachfolgend Praxis für Funktionelle Medizin von Antje Krista genannt  
Und

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

### 1. Punkt – Vertragsgegenstand

Vertragsgegenstand ist eine heilpraktikertypische heilkundliche Behandlung des/der Patienten/Patientin. Die Heilpraktikerbehandlungen umfassen unter anderem auch wissenschaftlich bzw. schulmedizinisch nicht anerkannte – naturheilkundliche – Heilverfahren.

### 2. Punkt – Honorar

2.1. Das Honorar berechnet sich nach dem jeweiligen Zeitaufwand der Behandlung. Sichtung von Patientenunterlagen wie Anamnesebogen, Befunde und Schreiben an Kostenträger außerhalb des Termins werden ebenfalls berechnet – pro angefangene zehn Minuten.

2.2. Das Honorar ist unmittelbar fällig und innerhalb von 14 Tagen nach Rechnungsstellung zu zahlen. Die Rechnungsstellung erfolgt durch einen externen Dienstleister. Wird keine Rechnung gewünscht, ist das Honorar in bar gegen Quittung zu zahlen.

2.3. Heilpraktiker nehmen nicht am System der gesetzlichen Krankenkassen teil. Gesetzlich Krankenversicherte erhalten deshalb grundsätzlich keine Erstattung der Behandlungskosten seitens ihrer Krankenkasse. Über etwaige Ausnahmen informieren Sie sich bitte bei Ihrer Krankenkasse vor Aufnahme der Behandlung.

2.4. Mitglieder privater Krankenversicherungen, privat zusatzversicherte und beihilfeberechtigte Patienten können einen Erstattungsanspruch ihrer Behandlungskosten gegenüber ihrer Versicherung haben. Das Erstattungsverfahren haben die Patienten gegenüber ihrer Versicherung eigenverantwortlich durchzuführen. Die Erstattungen sind in der Regel auf die Sätze des Gebührenverzeichnisses beschränkt. Etwaige Differenzen zwischen Gebührenverzeichnis und Heilpraktiker-Honorar sind von den Patienten zu tragen.

- 2.5. Die Ergebnisse sämtliche Erstattungsverfahren haben keinen Einfluss auf das vereinbarte Heilpraktiker-Honorar. Der Honoraranspruch des Heilpraktikers ist von den Patienten unabhängig von jeglicher Versicherungs- und/oder Beihilfeleistung in voller Höhe zu begleichen.
- 2.6. Heilpraktiker dürfen keine verschreibungspflichtigen Medikamente verordnen.
- 2.7. Die behandlungsrelevanten persönlichen Angaben und medizinische Befunde der Patienten werden in einer Patientenkartei erhoben und gespeichert.
- 2.8. Die Praxis wird nach dem Bestellsystem geführt. Dies bedeutet, dass die mit den Patienten vereinbarte Zeit auch ausschließlich für diese reserviert ist, wodurch in der Regel lange Wartezeiten erspart bleiben. Dies bedeutet jedoch auch, dass vereinbarte Termine, die nicht eingehalten werden können, spätestens 24 Stunden vorher abzusagen sind, damit die reservierte Zeit noch anderweitig verplant werden kann. Diese Vereinbarung dient nicht nur der Vermeidung von Wartezeiten im organisatorischen Sinne, sondern begründet zugleich beiderseitige vertragliche Pflichten. So kann den Patienten, die den Termin nicht rechtzeitig absagen, die vorgesehene Zeit und die Vergütung bzw. die ungenutzte Zeit in Rechnung gestellt werden (Ausfallhonorar). Dies gilt selbstverständlich nicht, wenn die Patienten an der Versäumnis kein Verschulden trifft.

### 3. Punkt – Heilversprechen

Es wird gemäß Heilmittelwerbegesetz (HWG) ausdrücklich darauf hingewiesen, dass durch die Heilpraktiker kein Versprechen auf Heilung oder Linderung gegeben wird.

### 4. Punkt – Schweigepflicht

Die Mitarbeitenden der Praxis für funktionelle Medizin von Antje Krista unterliegen der Schweigepflicht gemäß den gesetzlichen Bestimmungen. Sie verpflichten sich, über alles Wissen, das sie im Rahmen der Behandlung der Patienten erwerben, Stillschweigen zu bewahren, auch über deren Tod hinaus.

### 5. Punkt – Datenschutz

- 5.1. Der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten ist für uns sehr wichtig. Nach der DSGVO (EU-Datenschutz Grundverordnung) sind wir verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck unsere Praxis Daten erhebt, speichert, weiterleitet oder sonst verarbeitet. Der Information können Sie auch entnehmen, welche Rechte Sie haben.

- 5.2. Die Datenverarbeitung erfolgt, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und den Heilpraktikern erfüllen zu können. Wir verarbeiten Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Ihre Gesundheitsdaten. Dazu zählen Anamnesen, Diagnosen, Therapievorschläge und Befunde, die wir oder andere Behandlungspersonen (Ärzte/ Heilpraktiker usw.) erheben, bzw. erhoben haben. Zu diesen Zwecken können uns auch andere Ärzte, Heilpraktiker oder Psychotherapeuten, bei denen Sie in Behandlung sind, Daten zur Verfügung stellen (z.B. in Arztbriefen). Die Erhebung von Gesundheitsdaten ist Voraussetzung für Ihre Behandlung. Werden die notwendigen Informationen nicht erhoben oder bereitgestellt, kann eine sorgfältige Behandlung durch unsere Praxis nicht erfolgen.
- 5.3. Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder wenn Sie hierzu Ihre Einwilligung erteilt haben. Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten können vor allem andere Heilpraktiker / Ärzte / Psychotherapeuten / Physiotherapeuten, Krankenversicherungen, Labore und Ver- rechnungsstellen sein.
- 5.4. Die Übermittlung erfolgt überwiegend zum Zwecke der Abrechnung der bei Ihnen erbrachten Leistungen. Im Einzelfall kann die Übermittlung von Daten an weitere berechnigte Empfänger erfolgen. Wir bewahren Ihre personenbezogenen Daten nur so- lange auf, wie dies für die Durchführung der Behandlung erforderlich ist. Aufgrund rechtlicher Vorgaben sind wir allerdings dazu verpflichtet, diese Daten mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren (§630 f BGB). Nach anderen Vorschriften können sich längere Aufbewahrungsfristen ergeben, zum Beispiel 30 Jahre bei Rontgenaufzeichnungen laut Paragraf 28 Absatz 3 der Röntgenverordnung.
- 5.5. Sie haben das Recht, über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten Auskunft zu erhalten und können die Berichtigung unrichtiger Daten verlangen. Darüber hinaus steht Ihnen unter bestimmten Voraussetzungen das Recht auf Löschung von Daten, das Recht auf Einschränkung der Datenverarbeitung sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit zu. Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt auf Basis von gesetzlichen Regelungen. Nur in Ausnahmefällen benötigen wir Ihr Einverständnis. In diesen Fällen haben Sie das Recht, die Einwilligung für die zukünftige Verarbeitung zu widerrufen. Sie haben ferner das Recht, sich bei der zuständigen Aufsichtsbehore für den Datenschutz zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt. Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist Art. 9 Abs. 2 h DSGVO i.V.m. § 22 Abs. 1 Nr.1 b BDSG, Art. 6 Abs. 1 b DSGVO.
- 5.6. Bitte ankreuzen. Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten zum Zwecke der Dokumentation gespeichert werden. Der Heilpraktiker verpflichtet sich, die Daten außerhalb der notwendigen Eingaben zur Diagnose und Behandlung nicht an unbeteiligte Dritte weiterzugeben, Details siehe oben.
6. Punkt – Risiken und Nebenwirkungen

Vor der Behandlung verpflichten sich die Heilpraktiker der Praxis für Funktionelle Medizin von Antje Krista, die Patienten über mögliche Risiken und Nebenwirkungen aufzuklären sowie über die Kosten einer Behandlung.



## 7. Punkt – Schlussbestimmungen

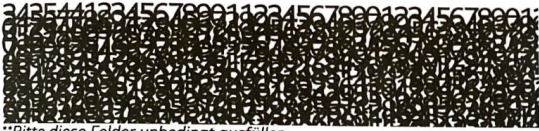
- 7.1. Alle Änderungen oder Ergänzungen dieses Vertrages bedürfen zu ihrer Rechtswirksamkeit einer schriftlichen Vereinbarung zwischen den Parteien unter Ausschluss der elektronischen Form und der Textform (Fax, E-Mail); dasselbe gilt für die Änderungen oder Aufhebung dieser Schriftformklausel. Der Vorhang der Individualvereinbarung gemäß §305b BGB, gleich in welcher Form, bleibt unberührt.
- 7.2. Im Falle der Unwirksamkeit einer Regelung dieses Vertrages bleibt dieser im übrigen wirksam. Die unwirksame Regelung wird durch eine solche Regelung ersetzt, welche dem erstrebten Vertragszweck am besten gerecht wird. Entsprechendes gilt im Fall einer Vertragslücke. § 306 BGB bleibt unberührt.

Ort, Datum: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient\*in

Name, Vorname, Anschrift Patient(in)\*\*

geboren am\*\*



\*\*Bitte diese Felder unbedingt ausfüllen

Liebe Patientin, lieber Patient,

wir möchten uns voll und ganz auf Sie und Ihre Behandlung konzentrieren. Deshalb haben wir uns dafür entschieden, die Abrechnung einem kompetenten Partner zu übertragen:



BFS health finance GmbH  
Hülshof 24 . 44369 Dortmund  
Telefon 0231-94 53 62-600  
Fax 0231-94 53 62-688  
patientenservice@meinebfs.de

BFS gewährleistet die zügige, unkomplizierte und korrekte Bearbeitung Ihrer Rechnung. Sie ist zugleich Ihr freundlicher und kompetenter Ansprechpartner in allen Belangen der Rechnung und bietet Ihnen auf Wunsch auch Teilzahlungsmöglichkeiten.

Um die Abrechnung in Zusammenarbeit mit BFS zu ermöglichen, benötigen wir Ihr schriftliches Einverständnis. Daher bitten wir Sie um Ihre Zustimmung durch Unterzeichnung der nebenstehenden Erklärungen. Bitte beachten Sie für weitere Informationen zum Datenschutz unser Informationsblatt.

Weitergehende Informationen zum Thema Datenschutz bei BFS und zu Ihren Rechten erfahren Sie unter: <https://meinebfs.de/datenschutz/>  
Wir bedanken uns für Ihr Vertrauen.

\* Streichungen und/oder Änderungen der vorstehenden Erklärungen sind nicht zulässig und machen die Einverständniserklärung unwirksam.

## Einverständniserklärung\*

Gesetzliche(r) Vertreter(in) bei Minderjährigen/  
Geschäftsunfähigen/beschränkt Geschäftsfähigen

Vorname

Nachname

Straße

PLZ/Ort

Geburtsdatum

Nr.

Ich erkläre mich ausdrücklich einverstanden mit der

- möglichen Anfrage durch den Behandler bei BFS bezüglich der Abrechnung über BFS, auch vor Aufnahme der Behandlung,
  - Einholung einer Bonitätsinformation bei einer Auskunft bei BFS (unter Angabe von Name, Geburtsdatum und Anschrift des Patienten/Zahlungspflichtigen), soweit erforderlich,
  - Abtretung der sich aus der Behandlung ergebenden Forderungen an BFS,
  - Weiterabtretung der Forderungen durch BFS an die refinanzierende Bank (Landesbank Hessen-Thüringen Girozentrale),
  - Übermittlung der für die Abrechnung und Geltendmachung der Forderungen erforderlichen Informationen (u.a. Name, Geburtsdatum, Anschrift, Diagnose, Leistungsziffern, Behandlungsdaten und -verläufe) an BFS und ggf. an die refinanzierende Bank,
  - befristeten Nutzung meiner Daten durch BFS zur Prüfung des Entwicklungssystems und Optimierung interner Abläufe bei der Abrechnung; mit anschließender Löschung der Daten.
- Ich wurde darüber informiert, dass BFS die Leistungen meines Behandlers mir gegenüber abrechnen und den Rechnungsbetrag bei mir geltend machen wird.

Behandler (Praxisstempel/Klinikstempel)

Praxis für funktionelle Medizin  
Antje Krista  
Lidicestraße 5  
04349 Leipzig  
Tel: 0173 7175444  
[www.antjekrista.de](http://www.antjekrista.de)

Sollte es über die Berechtigung der Forderung unterschiedliche Auffassungen geben, kann der Behandler in einer etwaigen Auseinandersetzung als Zeuge gehört werden.

Nach Abschluss des Verfahrens werden die Daten gelöscht. Es gelten die gesetzlichen Aufbewahrungsfristen.

**Beide Elternteile sind sorgeberechtigt und nur ein Elternteil ist anwesend.**

Ich erkläre hiermit, in meiner Eigenschaft als gesetzlicher Vertreter, zur alleinigen Einwilligungserteilung der Übermittlung der für die Abrechnung erforderlichen Informationen meines Kindes von dem abwesenden sorgeberechtigten Elternteil berechtigt zu sein.

**Bitte durch Ankreuzen bestätigen.**

**Schweigepflichtsentbindung**

Ich entbinde meinen Behandler, seine Vertretung und BFS in dem aufgezeigten Rahmen jeweils von ihrer Schweigepflicht.

Vorstehende Erklärungen können mit Wirkung für die Zukunft schriftlich widerrufen werden.

Datum

Unterschrift Patient bzw. gesetzlicher Vertreter

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

Ihre

*Antje Krista*