

# ANAMNESE- FRAGEBOGEN FÜR MÄNNER



## FRAGEBOGEN

Bitte nimm dir etwas Zeit für den Fragebogen. Deine Vorgeschichte kann mir wichtige Hinweise für die von dir gewünschte Beratung und Behandlung geben. Die Beantwortung der folgenden Fragen erfolgt freiwillig. Wenn du einzelnen Fragen nicht oder lieber im persönlichen Gespräch beantworten möchtest oder auch deren Beantwortung du nicht als relevant erachtest, lass die entsprechenden Fragen einfach aus. Wenn du wissen möchtest, wozu einzelne Angaben nützlich sind, kann ich dir dies gerne erläutern. Wir werden den Fragebogen gemeinsam durchgehen und alle Fragen besprechen. Sollte der Platz für einzelne Antworten nicht ausreichen, füge bitte ein Beiblatt an oder benütze die Rückseiten.

Name

Straße / Nummer

PLZ / Wohnort

Email

Telefon

Mobil

Geburtstag

Datum der 1. Vorstellung:

Körpergröße

Gewicht

Beruf

Hausarzt

Facharzt

Private Versicherung / Zusatzversicherung

Was erwartest du von meiner Beratung und Behandlung ? Platz dafür findest du auch noch einmal auf Seite 9

## BESCHWERDEN

**Unter welchen akuten Beschwerden leidest du und seit wann?**

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

**Welche Behandlungen hast du gegen die Beschwerden bereits bekommen?**

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

## KRANKHEITSGESCHICHTE

**Chronologische Krankheitsgeschichte**  
Bitte erfasse alle bisherigen Erkrankungen und Operationen, die du durchgemacht hast:

[illegible]

**Welche Infektionskrankheiten hast du durchgemacht?**

0 Masern	0 Keuchhusten	0 Ruhr
0 Kinderlähmung	0 Salmonellose	0 Röteln
0 Scharlach	0 Tuberkulose	0 Mumps
0 Malaria	0 Windpocken	0 Tetanus
0 Syphilis	0 Pfeiffersches Drüsenfieber	

**Wurden diese Erkrankungen oder andere schon mal mit Antibiotika behandelt?**

0 ja 0 nein  
 Falls ja, welche wurden eingesetzt?

**Haben Sie Narben von Operationen?**  
**Leiden Sie oft unter Erkältungskrankheiten?**

0 ja                      0 nein

**Welche Krankheiten sind in Ihrer Familie bekannt?**

0 Krebs	0 Herzkrankheiten
0 Gefäßerkrankungen	0 Asthma
0 Rheumatismus	0 Multiple Sklerose
0 Allergien	0 Neurodermitis
0 Geisteskrankheiten	0 Tuberkulose
0 Epilepsie	0 Gicht
0 Geschlechtskrankheiten	0 Schlaganfall
0 Zuckerkrankheit	0 Steinkrankheiten
0 Schuppenflechte	0 andere:

## IMPFUNGEN

**Welche Impfungen haben Sie bekommen?**

0 Tuberkulose	0 Röteln	0 Gelbfieber
0 Hib	0 Grippe	0 andere:
0 Polio	0 Cholera	0 Tetanus
0 Pocken	0 Masern	0 Diphtherie
0 Hepatitis	0 Keuchhusten	0 Mumps

### Gab es Reaktionen auf Impfungen?

0 Fieber                      0 Krämpfe 0 Unruhe  
0 Schlaflosigkeit           0 Verhaltensveränderungen

**Wie viele Ärzte, Kliniken, Heilpraktiker hast du bislang aufgesucht?**

Wie war der Erfolg?

0 sehr gut

0 gut

0 mäßig

0 schlecht

0 sehr schlecht

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

**Welche Medikamente nimmst du zur Zeit ein?**

Name des Medikament

Dosierung

**Welche Nahrungsergänzungen nimmst du zur Zeit ein?**

## EMOTIONALES

Reagieren du auf Wärme im Sommer? ☐ ja ☐ nein  
Bist du berührungsempfindlich? ☐ ja ☐ nein  
Beeinträchtigt dich ein geschlossener Kragen? ☐ ja ☐ nein  
Beeinträchtigt dich ein enger Gürtel? ☐ ja ☐ nein  
Fühlst du dich in engen Räumen wohl? ☐ ja ☐ nein

### Mangelnde Konzentration

Bist du müde und erschöpft?  
Reizbarkeit verstärkt?  
Angst - Schuldgefühle - Konflikte?  
Treibst du regelmäßig Sport?

Schwitzt du leicht?  
Schwitzt du nachts?  
An welchem Körperteil?

---

☐ kalter Schweiß ☐ warmer Schweiß

Frierst du schnell?  
☐ kalte Hände ☐ kalte Füße

Wie belastbar und leistungsfähig fühlst du dich?  
☐ sehr ☐ mäßig ☐ gar nicht

Wie ist dein Verhältnis zu deinen Eltern  
☐ sehr ☐ gut ☐ mäßig ☐ schlecht

Hast du eine(n) Partner(in) ☐ ja ☐ nein

Wie euer Verhältnis zu einander  
☐ sehr ☐ gut ☐ mäßig ☐ schlecht

Bist du glücklich?

## ERNÄHRUNG

Wieviel Liter trinkst du täglich?

Was trinkst du?

Welche Nahrungsmittel essen Sie?

<input type="checkbox"/> Milchprodukte	<input type="checkbox"/> Süßigkeiten
<input type="checkbox"/> Zucker	<input type="checkbox"/> Eier
<input type="checkbox"/> Weißmehlprodukte	<input type="checkbox"/> Kuchen
<input type="checkbox"/> Nüsse	

Auf welche Nahrungsmittel kannst du nur schwer verzichten?

Verlangen nach	Abneigung gegen
<input type="checkbox"/> süß	<input type="checkbox"/> süß
<input type="checkbox"/> sauer	<input type="checkbox"/> sauer
<input type="checkbox"/> pikant	<input type="checkbox"/> pikant
<input type="checkbox"/> bitter	<input type="checkbox"/> bitter
<input type="checkbox"/> salzig	<input type="checkbox"/> salzig
<input type="checkbox"/> scharf	<input type="checkbox"/> scharf
<input type="checkbox"/> Fleisch	<input type="checkbox"/> Fleisch
<input type="checkbox"/> Eier	<input type="checkbox"/> Eier
<input type="checkbox"/> Obst	<input type="checkbox"/> Obst
<input type="checkbox"/> Nikotin	<input type="checkbox"/> Nikotin
<input type="checkbox"/> Fett	<input type="checkbox"/> Fett
<input type="checkbox"/> Alkohol	<input type="checkbox"/> Alkohol
<input type="checkbox"/> Kaffee	<input type="checkbox"/> Kaffee

Nahrungsmittel - Allergien auf:

Lebst du nach einer bestimmten Ernährungsrichtlinie?  
☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche?

Wurdest du gestillt? ☐ ja ☐ nein

War deine Geburt ein Natürliche? ☐ ja ☐ nein

Bist du bereit deine Ernährungsgewohnheiten mit meiner Hilfe zu verbessern? ☐ ja ☐ nein

**Leidest du unter Kopfschmerzen**

☐ häufig ☐ selten ☐ nie  
☐ morgens ☐ abends  
☐ halbseitig L / R ☐ doppelseitig  
☐ wandernd von links nach rechts  
☐ wandernd von rechts nach links  
☐ Stirn-Augen-Schläfenpartie

**Auslöser:**

**Was verbessert?**

**Was verschlechtert?**

**Haare**

☐ Haarausfall ☐ kreisrund ☐ vereinzelt  
 Seit wann?

**Auge**

☐ Bindehautentzündung ☐ kurzsichtig  
☐ sonstige Beschwerden ☐ weitsichtig  
☐ Brille, seit: \_\_\_\_\_

**Ohren**

☐ Schmerz links ☐ Schmerz rechts ☐ beidseitig  
☐ Mittelohrentzündungen ☐ schwerhörig  
☐ Ohrgeräusche ☐ Ohrendruck

**Zähne / Kiefer**

☐ häufige Zahnarztbesuche ☐ Beschwerden bei Zahnung ☐ Erschwerter  
 Durchbruch der Weisheitszähne  
☐ Wurzelbehandelte Zähne ☐ Tote Zähne

**Empfindlich Zähne auf:** ☐ heiß ☐ kalt

**Wurden Amalgamfüllungen entfernt?** ☐ ja ☐ nein

**Zahnfüllmaterialien**

☐ Amalgam ☐ Gold  
☐ Titan ☐ Kunststoff  
☐ Keramik ☐ Palladium

**Nase**

☐ Operationen  
☐ Heuschnupfen  
☐ Allergien auf:

☐ behinderte Nasenatmung  
☐ Nase verstopft

**Absonderungen:**

☐ wässrig  
☐ schleimig  
☐ eitrig  
☐ grünlich  
☐ häufige Nasennebenhöhlenentzündung

**Mandeln**

☐ Operationen  
☐ häufige Mandelentzündungen  
☐ als Kind ☐ heute

**Schilddrüse**

☐ Überfunktion  
☐ Unterfunktion  
☐ Vergrößerung  
☐ Operation



## BRUST BAUCH

### Brustdrüse

- ☐ Beschwerden
- ☐ Operationen

### Herz

- ☐ Beschwerden
- ☐ Stechen
- ☐ Druckgefühl
- ☐ Infarkt
- ☐ Beklemmungen
- ☐ Rhythmusstörungen

### Lunge

- ☐ Bronchitis
- ☐ häufig Husten
- ☐ Atemnot

### Leber

- ☐ Entzündungen
- ☐ Hepatitis

### Galle

- ☐ Steine
- ☐ Koliken
- ☐ Operationen
- ☐ Druck im Oberbauch
- ☐ Fettunverträglichkeit

### Magen

- ☐ Völlegefühl
- ☐ Gastritis
- ☐ Appetitlosigkeit
- ☐ Nahrungsmittelallergien

### Rücken

- ☐ Schmerzen
- ☐ Ischias
- ☐ Hexenschuss
- ☐ Skolios

### Niere / Blase

- ☐ Nierensteine
- ☐ Entzündungen
- ☐ häufig

### Harn

- ☐ viel
- ☐ wenig
- ☐ häufig
- ☐ kann nicht halten
- ☐ Geruch nach \_\_\_\_\_

### Darm

- ☐ Infektionen
- ☐ Blindarm-OP
- ☐ Blähungen
- ☐ Geruch nach \_\_\_\_\_

### Stuhlgang

- ☐ täglich
- ☐ jeden 2. Tag
- ☐ unregelmäßig
- ☐ Geruch nach:
- ☐ Neigung zu Verstopfung
- ☐ Neigung zu Durchfall

### Konsistenz des Stuhls

- ☐ hell
- ☐ dunkel
- ☐ übelriechend
- ☐ hart
- ☐ knollig
- ☐ weich
- ☐ schmierig
- ☐ pastenartig

- ☐ kann Stuhl nicht halten
- ☐ Gefühl nicht fertig zu werden

## ARME RÜCKEN HAUT NÄGEL

### ARME

- ☐ Verletzungen
- ☐ Schmerzen
- ☐ Tennisellenbogen
- ☐ Kribbeln
- ☐ kalte Hände

### Beine

- ☐ Schmerzen
- ☐ Krampfadern
- ☐ Operationen
- ☐ Verletzungen
- ☐ kalte Füße
- ☐ Pilze
- ☐ Kribbeln
- ☐ Taubheitsgefühle

### Rücken

- ☐ Beweglichkeit
- ☐ Verspannungen
- ☐ Belastungen
- ☐ Rheuma

### Haut und Nägel

- ☐ Verbrennungen
- ☐ Narben
- ☐ Geschwüre
- ☐ Hautjucken
- ☐ Warzen
- ☐ Pilze
- ☐ eingewachsene Nägel
- ☐ Nagelbettentzündungen
- ☐ Allergien auf

## ANDROLOGISCH / UROLOGISCH

### Andrologisch

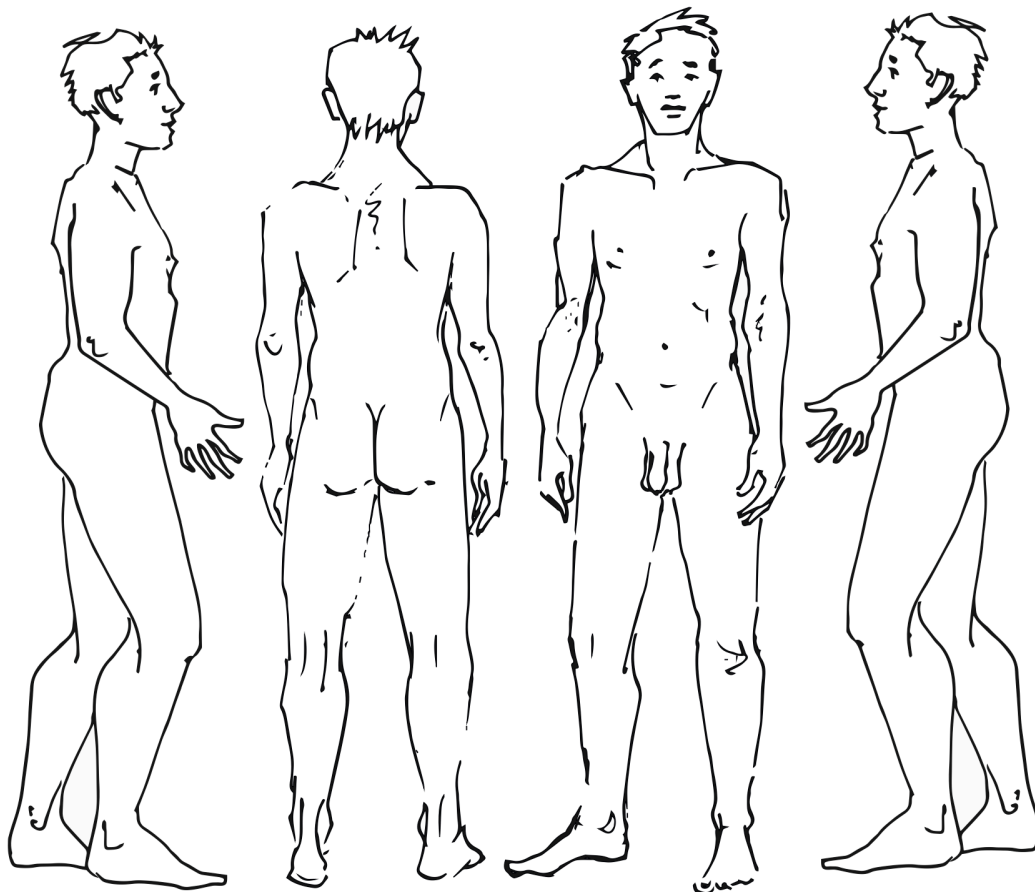
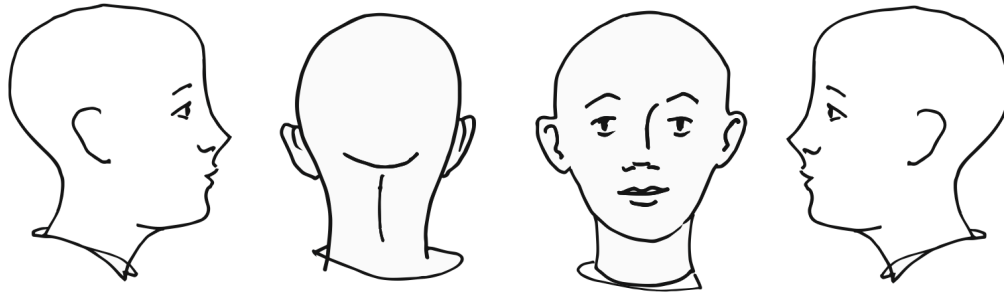
- ☐ Prostata
- ☐ vergrößert
- ☐ Entzündungen
- ☐ Beschwerden beim Wasserlassen

### Sexualität

- ☐ vermindert
- ☐ verstärkt
- ☐ unbefriedigt
- ☐ Beschwerden beim Geschlechtsverkehr

Was erwartest du von meiner Beratung und Behandlung ?

Bitte kennzeichne hier das gesamte Schmerzgebiet in die entsprechende Figur  
(durch Schraffieren mit Blei- oder Buntstift, Textmarker oder Kugelschreiber)



# BEHANDLUNGSVERTRAG & DATENSCHUTZERKLÄRUNG



Annett Schmittendorf · Alexanderstr. 23 · 26121 Oldenburg  
04 41-36 13 79 12 · [annett@schmittendorf.de](mailto:annett@schmittendorf.de)



## DU & ICH

In meiner Praxis verwende ich gern das „Du“ als Anredeform. Es unterstützt eine direkte, klare und partnerschaftliche Zusammenarbeit. Wenn du dich mit dem „Sie“ wohler fühlst, sag mir das — ich respektiere das ausdrücklich. Entscheidend ist nicht die Form, sondern die gemeinsame Arbeit am Ziel.

### Telefonische Erreichbarkeit & Rückmeldungen

E-Mails lese ich in der Regel zwischen 13:00 und 14:00 Uhr; in dieser Zeit bin ich auch telefonisch gut erreichbar. Nachrichten, die bis etwa 16:00 Uhr eingehen, beantworte ich in der Regel noch am selben Tag.

### Termine & Online-Einladungen

In deinen elektronischen Termineinladungen findest du zusätzliche Informationen. Dort kannst du:

- Termine verschieben oder absagen
- eigene Dokumente hochladen
- Hinweise zur Vorbereitung einsehen

Bitte nutze diese Funktion möglichst — sie erleichtert eine klare und strukturierte Zusammenarbeit.

### Dokumente an mich senden

Wenn du mir Befunde oder Unterlagen zukommen lässt

- bitte ausschließlich als PDF
- keine Einzelseiten oder Handy-Fotos
- keine Word-, Pages- oder Bilddateien

So bleiben Dokumente eindeutig, vollständig und gut weiterverarbeitbar.

### So erhältst du Unterlagen von mir — sicher & einfach

Manche Dokumente enthalten vertrauliche Informationen, zum Beispiel Diagnosen oder Therapieempfehlungen. Damit diese gut geschützt sind, versende ich sie über ein sicheres Download-Verfahren: Du bekommst eine E-Mail mit einem Button oder Link, über den du das Dokument herunterladen kannst. Zum Öffnen der Datei benötigst du dann noch einen Sicherheits-Code (z. B. „231-FT7“) - diesen erhältst du per SMS.

Der Code gilt drei Tage, sobald du ihn zum ersten Mal benutzt (3 Monate, solange du ihn noch nicht verwendet hast).

Klare Absprachen, respektvolle Kommunikation und ein bewusster Umgang mit sensiblen Daten schaffen einen verlässlichen Rahmen — für dich, für mich und für unsere gemeinsame Arbeit.

## BEHANDLUNGSVERTRAG

Ich freue mich, dich auf deinem Weg zu mehr Gesundheit begleiten zu dürfen. Damit unsere Zusammenarbeit transparent, verbindlich und fair ist, sind hier die wichtigsten Rahmenbedingungen festgehalten.

### Abrechnung & Zusammenarbeit mit PAS

Um meine Arbeitszeit möglichst konsequent der Behandlung widmen zu können, arbeite ich mit PAS Dr. Hammerl GmbH & Co. KG als Abrechnungsstelle zusammen. Die Abrechnung meiner Leistungen erfolgt grundsätzlich über PAS. Hierfür werden die zur Abrechnung erforderlichen Behandlungs- und Personendaten an PAS übermittelt. Du erhältst hierfür eine separate Schweigepflicht- und Datenschutzeinwilligung von PAS, die du vor der Datenweitergabe unterschreibst. Ohne diese Einwilligung erfolgt die Abrechnung direkt durch mich.

PAS übernimmt vollständig: Rechnungsstellung, Zahlungseingangskontrolle, Folgerechnungen und Mahnwesen.

In begründeten Einzelfällen kann die Zahlung in der Praxis per EC-Karte erfolgen. In diesem Fall erfolgt keine Datenübermittlung an PAS.

### Art der Behandlung & Kostenerstattung

Du bist bei mir in Behandlung als Heilpraktikerin. Ich arbeite mit naturheilkundlichen, funktionell-medizinischen und osteopathischen Verfahren; diese sind nicht in allen Fällen schulmedizinisch anerkannt. Gesetzliche Krankenkassen übernehmen die Kosten daher nicht automatisch.

Ich bin Mitglied im Berufsverband BVO und erfülle die Voraussetzungen, damit du meine osteopathischen Behandlungen bei deiner Krankenkasse einreichen kannst, sofern dort eine entsprechende Satzungs- oder Kulanzleistung besteht. Bitte erkundige dich vor der Behandlung bei deiner Krankenkasse, ob und in welchem Umfang osteopathische Leistungen erstattet werden und welche Nachweise erforderlich sind (z. B. ärztliche Verordnung, BVO-Nachweis, Rechnungsanforderungen). Die Entscheidung über eine Kostenübernahme liegt ausschließlich bei der jeweiligen Krankenkasse. Nicht oder nur teilweise erstattete Beträge trägst du selbst. Für Privatversicherte und Beihilfeberechtigte rechne ich orientierend nach dem Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebÜH) ab. Leistungen, die dort nicht aufgeführt sind, können analog berechnet werden. Die Höhe der Erstattung hängt von deinem individuellen Tarif ab.

### Honorar & Zahlungsmodalitäten

- Honorar-Richtwert für Selbstzahler: 120 € pro Stunde · 60 € pro 30 Minuten  
(Berechnung nach tatsächlichem Zeit- und Arbeitsaufwand)
- Materialien, Medikamente und Laborkosten werden zum Selbstkostenpreis berechnet.

Bei EC-Zahlung erhältst du eine Zahlungsquittung direkt in der Praxis.

### Terminabsagen & Ausfallhonorar

Bitte sage Termine nur in begründeten Ausnahmefällen ab und spätestens 36 Stunden vor dem Termin.

Bei späterer Absage oder Nichterscheinen berechne ich den vereinbarten Honorarsatz als Ausfallhonorar, da der Termin kurzfristig nicht neu vergeben werden kann.

---

Ort / Datum · Unterschrift Patient:in · Unterschrift Heilpraktikerin



## DATENSCHUTZERKLÄRUNG

### 1. Verantwortliche Stelle

Annett Schmittendorf · Heilpraktikerin & Hebamme: Alexanderstr. 23 · 26121 Oldenburg

### 2. Welche Daten werden verarbeitet?

Ich verarbeite ausschließlich Daten, die für Behandlung, Dokumentation und Abrechnung erforderlich sind: Stamm- und Kontaktdaten, Gesundheits-, Befund- und Behandlungsdaten, Labor- und Therapiedaten, Abrechnungs- und Zahlungsdaten

### 3. Zweck der Verarbeitung & Rechtsgrundlagen

Zwecke der Verarbeitung: Durchführung der therapeutischen Behandlung, gesetzlich vorgeschriebene Dokumentation, Rechnungsstellung und ggf. Mahnverfahren, Zusammenarbeit mit Laboren und kooperierenden Fachstellen

#### Rechtsgrundlagen (DSGVO / BDSG):

- Art. 6 Abs. 1 lit. b — Vertrag & Behandlung
- Art. 6 Abs. 1 lit. c — gesetzliche Aufbewahrungspflichten
- Art. 9 Abs. 2 lit. h — Gesundheitsversorgung
- ggf. Einwilligung (z. B. Weitergabe an PAS)

### 4. Weitergabe von Daten

Eine Weitergabe erfolgt nur, wenn sie erforderlich oder rechtlich vorgeschrieben ist:

- medizinische Labore / Partnerlabore
- Steuerberatung im Rahmen der Buchhaltung
- PAS Dr. Hammerl GmbH & Co. KG (Abrechnung & Mahnwesen)
- ggf. Zieten-Apotheke bei individueller Rezepturherstellung

Eine Datenübermittlung ins Ausland findet nicht statt.

### 5. Zusammenarbeit mit PAS

Nach gesonderter Einwilligung werden zur Abrechnung die erforderlichen Daten an PAS übermittelt.

PAS unterliegt der Schweigepflicht und den Datenschutzbestimmungen.

Die Einwilligung kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

### 6. Speicherdauer

- Behandlungsdokumentation: 10 Jahre (Patientenrechtegesetz)
  - Rechnungsdaten: 10 Jahre (steuerrechtliche Vorgaben)
- Nach Ablauf der gesetzlichen Fristen werden Daten gelöscht.

### 7. Deine Rechte

Du hast insbesondere das Recht auf: Auskunft, Berichtigung, Löschung, Einschränkung der Verarbeitung, Datenübertragbarkeit, Beschwerde bei der Aufsichtsbehörde.

### 8. Bereitstellung der Daten

Die Bereitstellung der für Behandlung und Abrechnung notwendigen Daten ist erforderlich.

Ohne diese Daten kann eine Behandlung in der Regel nicht durchgeführt werden.

## **9. Dokumentation mittels unterstützender Sprachverarbeitung**

In einzelnen Behandlungssituationen nutze ich zur Unterstützung der Dokumentation eine Sprachaufzeichnung direkt auf meinem Praxis-Computer. Diese erfolgt in der Regel transparent im Beisein der Patientin / des Patienten und dient ausschließlich dazu, die Inhalte der Behandlung strukturiert festzuhalten.

Die anschließende Transkription erfolgt standardmäßig lokal auf meinem Gerät und in anonymisierter Form (ohne Namen oder eindeutig identifizierende Angaben). Dabei findet keine Übertragung an externe Server oder Cloud-Dienste statt.

Optionale Cloud-Verarbeitung (nur mit Einwilligung):

In seltenen Einzelfällen kann ich zu Test-, Lern- oder Qualitätszwecken ein cloudbasiertes Transkriptionsverfahren einsetzen. Dies erfolgt nur nach vorheriger, ausdrücklicher und freiwilliger Einwilligung sowie nur für die betreffende Aufzeichnung. Vor der Einwilligung informiere ich dich darüber,

- welcher Anbieter eingesetzt wird,
- ob eine Verarbeitung außerhalb der EU stattfindet und
- welche Daten in welchem Umfang übertragen werden.

Die Einwilligung kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden; in diesem Fall erfolgt keine weitere Cloud-Verarbeitung.

---

Ort / Datum · Unterschrift Patient:in · Unterschrift Heilpraktikerin