

**Anamnesebogen ganzheitliche Sprechstunde:**

Name, Vorname:

Krankenkasse:

Geburtsdatum:

Alter:

Körpergröße/ Gewicht:

Familienstand:

Kinder:

Beruf:

Adresse/Straße/Hausnr./PLZ/Ort:

Rechnungsadresse, falls abweichend:

Schwerbehinderung/ Grad der Behinderung:

Pflegegrad:

Telefon:

E-Mail:

---

Grund für den Beratungstermin in unserer ganzheitlichen Sprechstunde:

Bisherige Therapien:

Beginn der Beschwerden:

Ernährung: vegan o, vegetarisch o, gemischt o, anders o, bitte ergänzen:

Kaffee Tassen/Tag:

Alkoholmenge/Tag:

Süßigkeiten/Tag:

Stressniveau 1-10 (10 = sehr hoch):

Sport/ Woche:

Tägliche Bewegung 1-10 (10 =sehr hoch):

Was machen Sie an Sport:

Haben Sie nach Ihrer Einschätzung ein seelisches Trauma:

Erkrankungen der Mutter:

Erkrankungen der Großmutter mütterlicherseits:

## **Einverständniserklärung zur Erhebung/Übermittlung von Patientendaten**

### **gem. § 73 Abs. 1 b SGB V**

Ich \_\_\_\_\_

(Vorname, Name, Wohnort, Geburtsdatum)

erkläre mich einverstanden, dass

- mein Hausarzt mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzten und Leistungserbringern zum Zwecke der Dokumentation und weiteren Behandlung anfordert.
- mein Hausarzt mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde an mich behandelnde andere Ärzte und Leistungserbringer übermittelt.

Sollte ich den Hausarzt wechseln bin ich damit einverstanden, dass mein bisheriger Hausarzt meinem neuen Hausarzt die über mich gespeicherten Unterlagen übermittelt bzw. mein neuer Hausarzt diese Unterlagen bei einem bisherigen Hausarzt anfordert.

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum) (Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters)

### **Ausfallhonorar bei verpasstem Arzt-/ Praxistermin**

Können Sie Ihren Termin nicht einhalten, sagen Sie diesen bitte 48 Stunden vorher per E-Mail, Fax oder Telefon ab.

Sollten Sie Ihre Termine nicht rechtzeitig absagen, erlauben wir uns, Ihnen die Kosten für den Behandlungsfall nach § 616 BGGB pauschal mit unten genannten Kosten privat in Rechnung zu stellen.

	Ausfallgebühr in Euro
37. Verpasster Arzttermin 15Min (normale Sprechstunde)	20
38. Verpasster Arzttermin 30-60Min	50
39. Bioresonanztest Neu	80
40. Bioresonanztest Kontrolle	50
41. Oberondiagnostik	80
42. Vitalfeldmessung/ Global Diagnostic	50
43. Infusionstermin kurz	20
44. Infusionstermin lang	40
45. Andere Therapien/Termine	20

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum) (Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters)