

Anamnesebogen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Sie kommen zu mir, weil Sie bestimmte Beschwerden haben. Für die optimale Behandlung ihrer Beschwerden ist es hilfreich, vorab einige Dinge über ihren Gesundheitszustand zu erfahren. Es hat sich gezeigt, dass die besten Heilungs-Chancen bestehen, wenn Sie selbst, Ihr Arzt und wir Heilpraktiker eng zusammenarbeiten. Unser Ziel ist es, sie ganzheitlich zu behandeln. Sollten im Lauf der Behandlung außergewöhnliche Beschwerden auftreten, teilen Sie uns dies bitte umgehend mit oder informieren sie ggf. ihren Arzt.

Nachname, Vorname: Geburtsdatum:

Adresse:

Telefon (Festnetz+Handy)

Beruf: Sport/Hobbies:

Körpergröße: Gewicht: Kinder, wie viele?

Ggf. Gesetzlicher Vertreter:

Krankenversicherung: ☐ Privat ☐ Beihilfe ☐ Gesetzlich -> Selbstzahler

Behandlungsgrund:

Wegen welcher Beschwerden kommen sie in unsere Praxis? An welchen Körperstellen haben Sie Beschwerden?

.....
.....
.....
.....

Unter welchen akuten Beschwerden leiden Sie und seit wann? Bei welchen Tätigkeiten fühlen Sie sich eingeschränkt?

.....
.....
.....
.....

Was erwarten Sie von meiner Behandlung?

.....
.....

Wie stark sind Ihre Schmerzen auf einer Skala von 0 bis 10? Bitte ankreuzen!

– 0 sich keine Schmerzen, 10 sind die am schlimmsten vorstellbaren Schmerzen, die es gibt.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----



Am Webereck 9, 87600 Kaufbeuren Tel. 08341 99 5 66 36 Mobil 0151 2952 4729

www.physio-kf.de www.heilpraxis-foerster.de

Was war unmittelbar vor dem ersten Auftreten Ihrer jetzigen Beschwerden?

☐ Eine Erkrankung ☐ Trauer ☐ Kummer ☐ Schreck ☐ Operationen ☐ Hautausschläge

☐ andere:

Welche Maßnahmen haben sie bisher dagegen unternommen? -welche Behandlungen? 	Welche Medikamente/Nahrungsergänzungsmittel nehmen Sie zurzeit ein? Gerinnungshemmer? Schmerzmittel?
--	---

Allgemeine Symptome:

☐ Erschöpfung, Müdigkeit ☐ Konzentrationsstörungen ☐ Ängste, Schuldgefühle, Konflikte

☐ ich bin verstärkt reizbar ☐ ich schwitze tagsüber ☐ Nachtschweiß ☐ Kalter Schweiß

☐ warmer Schweiß ☐ Schweiß an welchem Körperteil?.....

☐ ich friere schnell ☐ kalte Hände ☐ kalte Füße

Ich bin: ☐ sehr belastbar ☐ mäßig belastbar ☐ gar nicht belastbar

Impfungen: ☐ Masern ☐ Mumps ☐ Röteln ☐ Keuchhusten ☐ Diphtherie ☐ Hib ☐ Tetanus

☐ HPV ☐ Hepatitis ☐ Varizellen ☐ Rotaviren ☐ Polio (Kinderlähmung) ☐ Cholera ☐ Gelbfieber

☐ Pocken ☐ Pneumokokken ☐ Influenza (Grippe) ☐ FSME ☐ Meningokokken ☐ Herpes Zoster

☐ Tuberkulose ☐ Covid, Anzahl wann zuletzt? Andere:

Reaktionen auf die Impfungen? ☐ Fieber ☐ Krämpfe ☐ Unruhe ☐ Schlaflosigkeit

☐ Lähmungen ☐ Hautausschläge ☐ Verhaltensänderungen ☐ Autoimmunerkrankungen/Allergien

.....

.....

.....

.....

Am Webereck 9, 87600 Kaufbeuren Tel. 08341 99 5 66 36 Mobil 0151 2952 4729

www.physio-kf.de www.heilpraxis-foerster.de

Krankheiten in Ihrer Familie: ☐ Krebs ☐ Tuberkulose ☐ Geisteskrankheiten ☐ Epilepsie

☐ Geschlechtskrankheiten ☐ Rheuma ☐ MS ☐ Schlaganfall ☐ Herzkrankheiten ☐ Bluthochdruck

☐ Diabetes ☐ Asthma ☐ Nieren-Gallensteine ☐ Zysten ☐ Allergien ☐ Neurodermitis ☐ Psoriasis

Welche Ärzte, Kliniken, Heilpraktiker haben Sie bisher aufgesucht und wie war der Erfolg?

.....
.....
.....

Operationen:

Kopf:

Kopfschmerzen? ☐ häufig ☐ selten ☐ nie ☐ Schläfen/seitl. Kopf ☐ Nacken ☐ Stirn ☐ Scheitel

☐ ganzer Kopf ☐ links ☐ rechts ☐ beidseits ☐ morgens ☐ abends ☐ mit Schweregefühl

☐ Schmerz im Kopf ☐ Spannungsgefühl ☐ bohrend ☐ mit Benommenheit ☐ mit Schwindelgefühl

Auslöser: Was bessert: Was verschlechtert:

.....

Augen:

☐ Bindehautentzündung ☐ kurzsichtig ☐ weitsichtig ☐ Brille seit:

☐ sonstige Beschwerden:

Ohren:

☐ Schmerzen links ☐ Schmerzen rechts ☐ beidseits ☐ Mittelohrentzündungen wann?.....

☐ schwerhörig ☐ Ohrengeräusche ☐ Ohrendruck

Nase:

☐ Operationen ☐ Heuschnupfen ☐ Nasennebenhöhlenentzündungen ☐ Nase verstopft

Absonderungen: ☐ wässrig ☐ schleimig ☐ eitrig ☐ grünlich ☐ blutig ☐ Allergien auf:

Mandeln:

☐ Operation ☐ häufige Mandelentzündungen ☐ als Kind ☐ wann

Schilddrüse:

☐ Überfunktion ☐ Unterfunktion ☐ Vergrößerung ☐ Operation ☐ Tumor ☐ Wann?

Haarausfall?

☐ Ja, seit: ☐ kreisrunder Haarausfall ☐ einzelner Haarausfall

Zähne/Kiefer:

☐ erschwerter Durchbruch der Weisheitszähne ☐ Wurzelbehandelte Zähne ☐ Tote Zähne

Empfindliche Zähne auf: ☐ heiß ☐ kalt ☐ Paradontose/Paradontitis ☐ Entfernung Amalgan

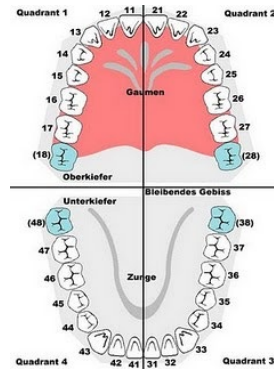
Zahnfüllmaterialien: ☐ Amalgan ☐ Titan ☐ Gold ☐ Kunststoff

☐ Keramik ☐ Palladium ☐ Implantate

Kiefergelenke:

☐ Schmerzen ☐ Geräusche beim Kauen ☐ Blockade ☐ Zähneknirschen/-beißen ☐ Blockaden

Bitte markieren Sie behandelte oder erkrankte Zähne oder Zahnfleisch:



Ihre rechte Seite

Ihre linke Seite

Körper und Organfunktionen:

Brustdrüse: ☐ Beschwerden..... ☐ Operationen ☐ Chemotherapie ☐ Strahlentherapie

Tumorerkrankungen: wann? welches Organ?.....

Herz: ☐ Herzinfarkt, wann?..... ☐ Angina Pectoris ☐ Herzschwäche ☐ Bluthochdruck

☐ Herzrhythmusstörungen ☐ Herzschrittmacher ☐ Defibrillator ☐ Beschwerden ☐ Stechen

☐ Druckgefühl ☐ Beklemmung ☐ OP? Welche? Wann?.....

Lunge:

☐ Asthma ☐ Emphysem ☐ Chronische Bronchitis ☐ akute Bronchitis ☐ Atelektasen

☐ Husten -> ☐ trocken ☐ produktiv ☐ Atemnot ☐ Raucher ☐ ehemaliger Raucher ☐ Tumor

☐ OP wann? Farbe Sputum:

Leber: ☐ Entzündungen ☐ Hepatitis (Gelbsucht) ☐ Fettleber ☐ Tumor

Galle: ☐ Druck im Oberbauch ☐ Fettunverträglichkeit ☐ Steine ☐ Koliken ☐ OP wann?

Magen:

☐ Völlegefühl ☐ Appetitlosigkeit ☐ Sodbrennen ☐ Gastritis (Magenschleimhautentzündung)

☐ Magengeschwür ☐ Operation wann?

☐ Tumor.....

Darm:

☐ Infektionen ☐ Blähungen ☐ Reizdarm ☐ M. Crohn ☐ Colitis Ulcerosa ☐ Polypen ☐ Divertikel

☐ Blinddarm-OP ☐ Hämorrhoiden ☐ Tumor ☐ OP wann?

Niere/Blase:

☐ Entzündungen -> ☐ Niere ☐ Blase ☐ häufige Blasenentzündungen ☐ Niereninsuffizienz

(Schwäche) ☐ Dialyse ☐ Nierensteine -> ☐ OP wann..... ☐ Tumor.....

Harn:

☐ viel ☐ wenig ☐ häufig ☐ Inkontinenz bei: ☐ Geruch nach:

Stuhlgang

- ☐ täglich ☐ alle.....Tage ☐ unregelmäßig ☐ Verstopfung ☐ Durchfall ☐ riecht nach
☐ hell ☐ dunkel ☐ übelriechend ☐ hart ☐ knollig ☐ weich ☐ schmierig ☐ pastenartig
☐ Inkontinenz ☐ Gefühl, nicht fertig zu werden

Bauchspeicheldrüse/Milz:

- ☐ Entzündungen ☐ Diabetes Typ I ☐ Typ II ☐ OP wann? ☐ Tumor ☐ Milzentfernung

Rücken:

- ☐ Schmerzen -> ☐ HWS ☐ BWS ☐ LWS ☐ Hexenschuss ☐ Ischias ☐ Bandscheibenvorfall ->
☐ HWS..... ☐ LWS..... ☐ Verspannungen ☐ Skoliose ☐ Rheuma ☐ Osteoporose
☐ Tumor ☐ Versteifungen wo? ☐ OP wann?

Knochen/Muskeln:

- ☐ Osteoporose

Beine:

- ☐ Schmerzen, wo?..... ☐ rechts ☐ links ☐ OP wann wo?.....
☐ Krampfadern ☐ Arthrose ☐ Knochenbrüche, wo?..... ☐ rechts ☐ links
☐ Meniscusverletzung -> ☐ rechts ☐ links ☐ Bandverletzung -> ☐ Knie ☐ Fuß ☐ rechts ☐ links
☐ Kribbeln ☐ Taubheitsgefühl ☐ kalte Füße ☐ Tumor wo?.....
☐ Fußpilz behandelt ☐ ja ☐ nein

Arme:

- ☐ Schmerzen, wo?..... ☐ rechts ☐ links ☐ OP wo, wann.....
☐ Knochenbrüche, wo?..... ☐ re ☐ li ☐ Tennis-Ellbogen ☐ rechts ☐ links
☐ Rotatorenmanschettenruptur -> ☐ rechts ☐ links ☐ Impingement -> ☐ rechts ☐ links
☐ Arthrose, wo? ☐ Kribbeln ☐ Taubheitsgefühl ☐ kalte Hände

Neurologische Erkrankungen:

- ☐ Epilepsie ☐ Schlaganfall..... ☐ Lähmungen, wo?..... ☐ Spastik.....
.....

Allergien/Autoimmunerkrankungen:

- ☐ Hashimoto ☐ M. Basedow ☐ Zöliakie ☐ Psoriasis/Schuppenflechte ☐ rheumatoide Arthritis
☐ MS ☐ Addison ☐ Bechterew ☐ Pollen ☐ Muskel-Rheuma ☐ Fibromyalgie
☐ andere:

Sind Sie oft erkältet? ☐ Ja ☐ Nein

Weitere Erkrankungen:

- ☐ Borreliose
.....

Gynäkologischer/Urologischer Bereich:

Sexualität: ☐ vermindert ☐ verstärkt ☐ unbefriedigt ☐ Beschwerden beim Geschlechtsverkehr

.....
.....

Frau:

☐ Schmerzen ☐ Eierstockentzündungen ☐ Ausschabungen ☐ Geburten,

Anzahl ☐ Fehlgeburten ☐ Abtreibungen ☐ Sterilisation ☐ Zysten ☐ Myome

☐ Geschlechtskrankheiten ☐ Tumore

☐ Ausfluss-> ☐ stark ☐ weiß ☐ gelb ☐ wundmachend

Erste Menses, Datum letzte Menses, Datum

Blutungen sind/waren: ☐ hell ☐ dunkel ☐ klumpig ☐ braun ☐ regelmäßig ☐ unregelmäßig

Verhütungsmaßnahmen: ☐ Pille ☐ Spirale ☐ Hormonspritze

Schwangerschaft? ☐ Ja ☐ Nein **stillen Sie?** ☐ Ja ☐ Nein

Mann:

Prostata ☐ vergrößert ☐ OP ☐ Entzündungen ☐ Beschwerden beim Wasserlassen ☐ Sterilisation

☐ Geschlechtskrankheiten ☐ Erektionsprobleme

☐ Sport, wie oft pro Woche?..... ☐ regelmäßig

Haut/Nägel:

☐ Narben ☐ Geschwüre ☐ Hautjucken ☐ Rötungen ☐ Warzen ☐ Hautpilz ☐ Verbrennungen

☐ Nagelbettentzündungen ☐ eingewachsene Nägel ☐ Fußpilz ☐ Psoriasis ☐ Neurodermitis

Ist Ihr **Schlaf- und Ihr Arbeitsplatz** baubiologisch untersucht worden (Elektrosmog, Geopathie,

Umwelttoxine? ☐ Ja

Ihre Wohnung: ☐ Funkmasten in der Nähe ☐ Überlandleitung/Bahnstrom in der Nähe

☐ Schimmelpilzbelastung ☐ Antiquitäten/Holzschutzmittel ☐ Bäche/Flüsse in der Nähe

☐ Teppichböden ☐ Mikrowelle

Ihr Schlafplatz: ☐ schnurloses Telefon/Internet ☐ elektrische Geräte standby ☐ Wasserbett

☐ eingebauter elektrischer Motor

Schlaf: ☐ Schlaflosigkeit ☐ häufiges Erwachen, Uhrzeit..... ☐ nächtliches Wasserlassen

wie oft? ☐ Schwierigkeiten beim Einschlafen ☐ Unruhe in den Beinen

☐ Zähneknirschen ☐ lebhafte Träume ☐ Nachtschweiß ☐ heiße Füße

Wurden Sie gestillt? ☐ Ja ☐ Nein

☐ Natürliche **Geburt** ☐ Kaiserschnitt

.....
.....
.....

Am Webereck 9, 87600 Kaufbeuren Tel. 08341 99 5 66 36 Mobil 0151 2952 4729

www.physio-kf.de www.heilpraxis-foerster.de

Narben, wo?

Lebensmittelunverträglichkeiten:

Trinken: ☐ unter 500 ml ☐ unter 1 L ☐ unter 2 L ☐ über 2 L ☐ Fruchtsäfte ☐ Tee ☐ Softdrinks

☐ Wasser ohne Kohlensäure ☐ Wasser mit Kohlensäure ☐ Kaffee ☐ Milch

☐ Bier: Anzahl/Tag: ☐ Wein: Anzahl/Tag: ☐ andere:

Welche **Nahrungsmittel** essen sie häufig?

[illegible]

Auf welche Lebensmittel können Sie nur schwer verzichten?

Leben sie nach bestimmten Ernährungsrichtlinien? ☐ Ja, welche?

Krankheitsgeschichte:

Chronologische Krankengeschichte: Erkrankungen, Operationen, Verletzungen seit der Kindheit:	Infektionskrankheiten:
.....	☐ Masern
.....	☐ Mumps
.....	☐ Röteln
.....	☐ Ruhr
.....	☐ Keuchhusten
.....	☐ Windpocken
.....	☐ Tetanus
.....	☐ Scharlach
.....	☐ Kinderlähmung
.....	☐ Malaria
.....	☐ Salmonellen
.....	☐ Borreliose
.....	☐ Pfeiffersches Drüsenfieber (EBV)
.....	☐ Tuberkulose
.....	☐ Syphilis
.....	☐ Gonorrhoe (Tripper)



Am Webereck 9, 87600 Kaufbeuren Tel. 08341 99 5 66 36 Mobil 0151 2952 4729

www.physio-kf.de www.heilpraxis-foerster.de

Krankheitsgeschichte:

[illegible]

Haben Sie noch weitere/andere hier nicht aufgeführte Erkrankungen, wenn ja, welche?

.....

.....

.....

Das möchte ich noch mitteilen:

.....

.....

.....

Ausfallgebühr: Vereinbarte Termine müssen mindestens 24 Stunden vorher abgesagt werden, ansonsten müssen wir Ihnen die Kosten für den uns dadurch entstandenen Ausfall privat in Rechnung stellen.

Bitte teilen Sie uns Veränderungen ihres Gesundheitszustandes möglichst zeitnah mit!

Ort, Datum, Unterschrift

.....*

Am Webereck 9, 87600 Kaufbeuren Tel. 08341 99 5 66 36 Mobil 0151 2952 4729

www.physio-kf.de www.heilpraxis-foerster.de

Datenschutzverordnung

Lt. DSGVO muss ich sie über den Datenschutz aufklären. Bitte lesen Sie dieses Formular aufmerksam durch und unterschreiben sie es an den markierten Positionen.

Ich bin damit einverstanden, dass durch die Naturheilpraxis/Physiotherapie Inge Förster meine Daten zu folgenden Zwecken erhoben, verarbeitet und genutzt werden:

Zur Pflege der Kontaktdaten, zur Erfüllung des Behandlungsvertrages, ggf. zur Abrechnung an Abrechnungsstellen oder dem Patienten, zur therapeutischen Dokumentation, zum Erstellen von Behandlungsberichten und ggf. Arztbriefen und ggf. zur Übermittlung an die Vertretung in der Therapie/KollegInnen.

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

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass

- die im Rahmen der vorstehenden genannten Zwecke 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 verweigern kann, mit der Folge, dass der Behandlungsvertrag nicht erfüllt werden kann/nicht zustande kommt.
- Ich bin jederzeit berechtigt, Auskunft über die zu meiner Person gespeicherten 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 an o.g. Adresse zu richten.

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.

Ich habe die Möglichkeit den Aushang in der Praxis „**Aushang Patienteninformation zum Datenschutz**“ einzusehen und nehme dies zur Kenntnis.

Am Webereck 9, 87600 Kaufbeuren Tel. 08341 99 5 66 36 Mobil 0151 2952 4729

www.physio-kf.de www.heilpraxis-foerster.de

Honorarabrechnung

Die Honorarabrechnung erfolgt grundsätzlich in Anlehnung an die Gebührenordnung für Heilpraktiker, bzw. für Physiotherapeuten. Die Tarife der privaten Krankenversicherungen sowie der Beihilfe des Bundes und der Länder unterscheiden sich beim Leistungsumfang erheblich. Daher hat der Patient die Erstattbarkeit selbst vor der ersten Behandlung mit der eigenen Krankenversicherung abzuklären.

Der Behandlungsvertrag besteht zwischen dem Patienten und dem behandelnden Heilpraktiker unabhängig von den individuellen Versicherungsverhältnissen des Patienten. Diese Vereinbarung ist auch dann gültig, wenn eine Erstattung der Vergütung durch Erstattungsstellen nicht oder nicht in voller Höhe gewährleistet ist. Die Vergütung ist unabhängig vom Erstattungszeitpunkt durch die jeweilige Erstattungsstelle sofort fällig.

Bitte sagen Sie vereinbarte Termine rechtzeitig (24 Stunden vorher) ab. Nicht rechtzeitig abgesagte Termine werden Ihnen **in Rechnung** gestellt.

Einwilligung:

Diesen Aufklärungsbogen (Datenschutz/Honorarvereinbarung/Einwilligung zur Behandlung) habe ich aufmerksam gelesen und verstanden. Darüber hinaus wurde ich von Frau Inge Förster persönlich über die anzuwendenden Maßnahmen informiert und konnte im Aufklärungsgespräch alle mich interessierenden Fragen klären.

Ich wurde über meine Rechte in Bezug auf den Schutz meiner Daten aufgeklärt.

Gegebenenfalls erforderliche Rückfragen wurden mir verständlich beantwortet. Ich habe keine weiteren Fragen und benötige für die Behandlung keine zusätzliche Bedenkzeit. Ich willige in die Behandlung ein. Die gestellten Fragen wurden von mir nach bestem Wissen beantwortet. Falls mir noch etwas Wichtiges einfällt, werde ich dies unverzüglich meinem Therapeuten mitteilen.

Bei hinzugekommenen Beschwerden, Veränderungen im Gesundheitszustand, Fieber, Fußpilz, Infektionserkrankungen o.ä. werde ich meinen Therapeuten bzw. Frau Förster informieren.

Ort/Datum

Patient/in / Bevollmächtigter/Sorgeberechtigter*



Dieser Aufklärungsbogen wurde dem/der Patient/in

am _____ ausgehändigt.

Heilpraktikerin, Physiotherapeutin Inge Förster

*Unterschreibt ein Elternteil allein, erklärt er mit seiner Unterschrift zugleich, dass ihm das Sorgerecht allein zusteht oder dass er im Einverständnis mit dem anderen Elternteil handelt.

Stand 14.10.2026