

# Anamnesebogen

## Privatpraxis für MindBody-Medizin

Dr. Axel von Elten,  
Nikola von Elten,  
Dr. Mareen Seeck-Hirschner

Fördestraße 53 b · 24944 Flensburg

**Tel.:** 0461 50085466

**E-Mail:** kontakt@mindbody-flensburg.de



Zur Vorbereitung auf Ihren Besuch bei uns erhalten Sie diesen Anamnesebogen.

Je mehr wir über Sie erfahren, desto besser können wir uns auf Ihren Besuch vorbereiten und Sie gesundheitlich unterstützen. In diesem Sinne bitten wir Sie, den Bogen auszufüllen und ihn uns frühzeitig zukommen zu lassen.

Sie können das PDF-Formular direkt am PC so weit ausfüllen wie es Ihnen möglich und angenehm ist und schicken es mithilfe des Send-Buttons am Ende des Formular an unsere E-Mail Adresse.

Den Rest können wir in unserem ersten Gespräch klären, selbstverständlich auch Fragen Ihrerseits, die beim Ausfüllen auftauchen können.

Notieren Sie sich diese (am Ende des Formulars ist Platz für Ihre Notizen), damit wir Ihnen in unserem Erstgespräch diese Fragen beantworten können.

Bitte diesen Anamnesebogen eine Woche vor dem Ersttermin per Mail oder Post in die Praxis senden oder in der Praxis abgeben.

**Bitte bringen Sie unbedingt Ihren Impfausweis mit.**

**Name, Vorname:**

**Geburtsdatum:**

**Straße:**

**PLZ, Ort:**

**E-Mail:**

**Tel. (privat):**

**Tel. (geschäftlich):**

**Beruf:**

**Derzeitige berufliche Tätigkeit :**

**Wochenarbeitszeit (Stunden):**

**Krankenkasse:**

**Hausarzt:**

**Größe:**

**Gewicht:**

Wie wurden Sie geboren?

spontane Geburt

per Kaiserschnitt

weiß ich nicht

Wurden Sie gestillt?

ja

nein

weiß ich nicht

Beziehungsstatus: Ich bin

allein lebend

geschieden

verheiratet

in fester Partnerschaft

Ich habe:

Kind/er

keine Kind/er

Ich hatte/habe:

\_\_\_\_\_ Fehlgeburten

einen unerfüllten Kinderwunsch

### Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Überweisung durch: \_\_\_\_\_

Auf Empfehlung von: \_\_\_\_\_

Oder online:  Ärzteportale  Praxishomepage  Sonstiges

### Welches Anliegen führt Sie zu uns?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Bei wem sind Sie aktuell in Behandlung?

Arzt/Ärztin:

Psychotherapeut/in

Osteopath/in

Heilpraktiker/in

Pysiotherapeut/in

### Aktuelle Medikation

Notieren Sie nun bitte noch **alle (!)** Medikamente und Nahrungsergänzungsmittel, die Sie aktuell einnehmen, inklusive verhütender Maßnahmen, Sprays und Bedarfsmedikamente (Schmerz-, Allergie- und Schlaftabletten etc.).

**Zur Medikation:** Wenn auf der Packung der Präparate eine Mengenangabe ersichtlich ist, bitte aufführen (z. B. Ramipril 5 mg oder L-Thyroxin 75).

**Bitte aktuelle Medikamente mitbringen, falls vorhanden.**

Medikament	morgens	mittags	abends	zur Nacht	bei Bedarf

### Erkrankungen in der Familie:

	Mutter	Vater	Geschwister	
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Krebserkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(Welche?) _____
Neurodermitis / Allergie / Asthma Depression /	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Nervenleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Andere wichtige Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(Welche?) _____

### Eltern:

Mutter verstorben?  ja  nein Wann? \_\_\_\_\_ Alter? \_\_\_\_\_ Woran? \_\_\_\_\_

Vater verstorben?  ja  nein Wann? \_\_\_\_\_ Alter? \_\_\_\_\_ Woran? \_\_\_\_\_

### Gab es bei früheren Laboruntersuchungen einmal Auffälligkeiten?

Noch nie

Auffällig waren schon mal:

<input type="checkbox"/> Leberwerte	<input type="checkbox"/> Eisenmangel	<input type="checkbox"/> Cholesterin
<input type="checkbox"/> Nierenwerte	<input type="checkbox"/> Blutzuckerwerte	<input type="checkbox"/> Schilddrüsenwerte
<input type="checkbox"/> Entzündungswerte	<input type="checkbox"/> Blutarmut	<input type="checkbox"/> Sonstiges

### Infektanfälligkeit:

Grippe / Erkältung u.ä.: in den letzten 5 Jahren durchschnittlich \_\_\_\_\_ pro Jahr.

Blasenentzündung: in den letzten 5 Jahren durchschnittlich \_\_\_\_\_ pro Jahr.

### Antibiotikabehandlung:

(egal ob bei Erkältung, Blasenentzündung, Zahnproblemen, Operationen...)

In Ihren **ersten (!) 5 Lebensjahren** insgesamt: \_\_\_\_\_ mal.

In Ihren **letzten (!) 10 Jahren** insgesamt: \_\_\_\_\_ mal.

### Rauchgewohnheiten:

Ich bin Nichtraucher.  immer schon  seit \_\_\_\_\_ Jahren

Ich rauche durchschnittlich etwa \_\_\_\_\_ Zigaretten/pro Tag.

Früher rauchte ich \_\_\_\_\_ Zigaretten/pro Tag. Bis \_\_\_\_\_ rauchte ich.

Leiden Sie oder litten Sie früher schon mal an folgenden Beschwerden?

	fast nie	ab und zu	häufig	fast immer	derzeit
Husten	<input type="checkbox"/>				
Auswurf	<input type="checkbox"/>				
Schleimgefühl im Hals oder Rachen	<input type="checkbox"/>				
Verstopfte Nase / Naselaufen / Niessen	<input type="checkbox"/>				
Luftnot bei Anstrengung	<input type="checkbox"/>				
Luftnot in körperlicher Ruhe	<input type="checkbox"/>				
Engegefühl / Beklemmung der Brust	<input type="checkbox"/>				
Einschlafstörung	<input type="checkbox"/>				
Durchschlafstörung	<input type="checkbox"/>				
Schnarchen	<input type="checkbox"/>				
Nächtliche Atemauffälligkeiten /-pausen	<input type="checkbox"/>				
Nächtliches Wasserlassen	<input type="checkbox"/>				
Nächtliches Zähneknirschen	<input type="checkbox"/>				
Morgendliche Unausgeschlafenheit	<input type="checkbox"/>				
Müdigkeit am Tage	<input type="checkbox"/>				
Rasche Erschöpfung bei Anstrengung	<input type="checkbox"/>				
Konzentrationsstörung	<input type="checkbox"/>				
Gedächtnisstörung	<input type="checkbox"/>				
Schwindel	<input type="checkbox"/>				
Heißhungerattacken	<input type="checkbox"/>				
Appetitlosigkeit	<input type="checkbox"/>				
Mundgeruch	<input type="checkbox"/>				
Rückenschmerzen: Halswirbelsäule	<input type="checkbox"/>				
Rückenschmerzen: Lendenwirbelsäule	<input type="checkbox"/>				
Hüftprobleme /-schmerzen	<input type="checkbox"/>				
Knieprobleme /-schmerzen	<input type="checkbox"/>				
Sonstige Gelenkbeschwerden	<input type="checkbox"/>				
Muskel- oder Wadenkrämpfe	<input type="checkbox"/>				
Muskelschwäche	<input type="checkbox"/>				
Antriebslosigkeit / Lustlosigkeit	<input type="checkbox"/>				
Traurigkeit / Depressivität	<input type="checkbox"/>				
Ängste	<input type="checkbox"/>				
Vermehrtes Schwitzen tagsüber	<input type="checkbox"/>				
Vermehrtes Schwitzen nächtlich	<input type="checkbox"/>				
Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/>				
Haarausfall	<input type="checkbox"/>				
Hautprobleme (Jucken, Rötung, Akne..)	<input type="checkbox"/>				
Gehäuftes Wasserlassen	<input type="checkbox"/>				
Augentrockenheit	<input type="checkbox"/>				
Mundtrockenheit	<input type="checkbox"/>				
Wassereinlagerungen (Hände? Füße?)	<input type="checkbox"/>				
Schwierigkeiten beim Wasserlassen	<input type="checkbox"/>				
Menstruationsbeschwerden	<input type="checkbox"/>				
Libido / Erektionsstörungen	<input type="checkbox"/>				

**Welche Erkrankungen gab oder gibt es bei Ihnen selbst und (seit) wann?**

<input type="checkbox"/> Bluthochdruck	seit: _____	<input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung	seit: _____
<input type="checkbox"/> Herzinfarkt	Wann? _____	<input type="checkbox"/> Nierenerkrankung	seit: _____
<input type="checkbox"/> Koronare Herzkrankheit	seit: _____	<input type="checkbox"/> Chron. Darmerkrankung	seit: _____
<input type="checkbox"/> Schlaganfall	Wann? _____	<input type="checkbox"/> Lebererkrankung	seit: _____
<input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörungen	seit: _____	<input type="checkbox"/> Rheuma	seit: _____
<input type="checkbox"/> Thrombose	Wann? _____	<input type="checkbox"/> Hörsturz/Tinnitus	seit: _____
<input type="checkbox"/> Lungenembolie	Wann? _____	<input type="checkbox"/> Depression/Nervenleiden	seit: _____
<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus	seit: _____	<input type="checkbox"/> Neurodermitis	seit: _____
<input type="checkbox"/> Asthma	seit: _____	<input type="checkbox"/> Heuschnupfen	seit: _____
<input type="checkbox"/> COPD / Emphysem	seit: _____	<input type="checkbox"/> Andere Allergien	seit: _____
<input type="checkbox"/> Reizdarm	seit: _____	Der letzte Allergietest war im Jahr: _____	
<input type="checkbox"/> Krebserkrankung	Wann? _____		

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

**Veränderung Ihres Körpergewichts:** Ich habe in den letzten 10 Jahren  ca. \_\_\_\_\_ kg abgenommen.  
 mein Gewicht gar nicht verändert.  ca. \_\_\_\_\_ kg zugenommen.

**Treiben Sie regelmäßig Sport?**  nein  ja  
 \_\_\_\_\_ mal pro Woche    Dauer (min): \_\_\_\_\_    Sportart/en: \_\_\_\_\_

**Tragen Sie aktuell noch Amalgamfüllungen?**  
 nein     Ja, ich habe  1-2     3-5     6-8     9 oder mehr Amalgamfüllungen.

**Hatten Sie früher Amalgamfüllungen, die inzwischen entfernt wurden?**  
 nein     Ja, ich hatte  1-2     3-5     6-8     9 oder mehr Amalgamfüllungen.

**Haben Sie Implantate?**  nein     ja, ich habe  1-2     3-5     6-8

**Überkronte Zähne?**  nein     ja, ich habe  1-2     3-5     6-8

**Wurzelgefüllte/tote Zähne?**  nein     ja, ich habe  1-2     3-5     6-8

**Hatten Sie folgende Kinderkrankheiten?**

Masern:  ja     nein    Keuchhusten:  ja     nein    Mumps:  ja     nein  
 Röteln:  ja     nein    Scharlach:  ja     nein    Windpocken:  ja     nein

**Verdauungsgewohnheiten/-beschwerden:**

Wie oft haben Sie Stuhlgang?  regelmäßig     unregelmäßig    \_\_\_\_\_ mal pro Tag    \_\_\_\_\_ mal pro Woche  
 Konsistenz des Stuhls überwiegend:  hart     normal     breiig     Durchfall     wechselnd

	fast nie	ab und zu	häufig	fast immer	derzeit
Blähungen	<input type="checkbox"/>				
Bauchschmerzen/-krämpfe	<input type="checkbox"/>				
Völlegefühle	<input type="checkbox"/>				
Übelkeit	<input type="checkbox"/>				
Erbrechen	<input type="checkbox"/>				
Sodbrennen	<input type="checkbox"/>				
Saures Aufstoßen	<input type="checkbox"/>				
Vermehrtes Aufstoßen (nicht sauer)	<input type="checkbox"/>				

**Wie oft essen trinken Sie durchschnittlich folgende Nahrungsmittel?**

	fast nie	ab und zu	mehrfach pro Woche	einmal täglich	mehrmals täglich
Milch	<input type="checkbox"/>				
Quark	<input type="checkbox"/>				
Joghurt	<input type="checkbox"/>				
Käse	<input type="checkbox"/>				
Eier	<input type="checkbox"/>				
<hr/>					
Brot/Brötchen	<input type="checkbox"/>				
Müsli	<input type="checkbox"/>				
Nudeln	<input type="checkbox"/>				
Kuchen	<input type="checkbox"/>				
Süßigkeiten	<input type="checkbox"/>				
<hr/>					
Fleisch	<input type="checkbox"/>				
Fisch	<input type="checkbox"/>				
Wurst	<input type="checkbox"/>				
Gemüse	<input type="checkbox"/>				
Obst	<input type="checkbox"/>				
<hr/>					
Kaffee	<input type="checkbox"/>				
Tee	<input type="checkbox"/>				
Wasser mit/ohne Kohlensäure	<input type="checkbox"/>				
Fruchtsäfte	<input type="checkbox"/>				
<hr/>					
Cola	<input type="checkbox"/>				
Süßgetränke	<input type="checkbox"/>				
Bier (Gläser)	<input type="checkbox"/>				
Wein (Gläser)	<input type="checkbox"/>				

**Wie viel Liter trinken Sie durchschnittlich pro Tag (alle Getränke zusammengerechnet)?** \_\_\_\_\_

**Gibt es Nahrungsmittel, die Ihnen (egal wie) nicht gut bekommen?**

\_\_\_\_\_

**Was erwarten Sie von unserer Behandlung?**

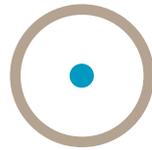
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Welche Ziele möchten Sie erreichen?**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



# Anmeldung · privat

## Privatpraxis für MindBody-Medizin

Dr. Axel von Elten,  
Nikola von Elten,  
Dr. Mareen Seeck-Hirschner

Fördestraße 53 b · 24944 Flensburg  
**Tel.:** 0461 50085466  
**E-Mail:** kontakt@mindbody-flensburg.de



**Liebe Patientin, lieber Patient,**

zur **Anmeldung** möchten wir Sie bitten, die folgenden Zeilen auszufüllen und die **Vereinbarungen** (siehe Folgeseite) gründlich durchzulesen und zu unterzeichnen.

**Name, Vorname:**

---

**Geburtsdatum:**

---

**Straße:**

---

**Beruf:**

---

**PLZ, Ort:**

---

**Krankenversicherung:**

---

**E-Mail:**

---

**Hausarzt:**

---

**Telefon:**

---

**Medikamente:**

---

**Mobil:**

---

**Beihilfe:**  ja  nein

**Fax:**

---

# Vereinbarungen

In unserer Privatpraxis werden Termine nur nach Bestellsystem vergeben. Da wir uns für Sie genügend Zeit lassen möchten, sind Ihre Termine auch ausschließlich nur für Sie reserviert. Deshalb bitten wir Sie, bei Verhinderung spätestens 24 Stunden zuvor telefonisch oder per E-Mail abzusagen. Andernfalls erlauben wir uns, Ihnen das Behandlungshonorar in Rechnung zu stellen.

Wir möchten Sie hiermit höflichst darauf hinweisen, dass einige unserer Diagnostik- und Behandlungsmethoden von der Schulmedizin bisher noch nicht „wissenschaftlich“ anerkannt und daher auch nicht Bestandteil der ärztlichen Gebührenordnung sind und deshalb z. T. analog bewertet und abgerechnet werden müssen. Teilweise werden zudem Laborleistungen angefordert, die über das „allgemein medizinisch notwendige Maß“ hinausgehen, bzw. deren „medizinische Notwendigkeit“ durch Versicherer u. a. auf Grund von Sparmaßnahmen immer öfter in Frage gestellt werden. Dennoch erklären Sie mit Ihrer Unterschrift, unser Honorar zu bezahlen, unabhängig von der Erstattung durch Ihre Krankenversicherung bzw. Beihilfestelle.

In bestimmten Fällen der Behandlung in der ganzheitlichen Medizin kann es notwendig werden, den Gebührensatz auf das 3,5-fache anzupassen. Dies reflektiert die besonderen Anforderungen und den Einsatz spezialisierter Methoden, die über die übliche Behandlung hinausgehen. Diese Vereinbarung ist vor der Behandlung geschlossen worden. Jeder Vertragspartner hat eine Ausfertigung erhalten. Ein Widerruf dieser Vereinbarung ist jederzeit möglich.

---

## Vereinbarung: Kontakt per E-Mail & WhatsApp

Hiermit erlaube ich der Privatpraxis für MindBody-Medizin mit mir per E-Mail/per WhatsApp zu kommunizieren, auch wenn dies keine gesicherten Verbindungen sind. Diese Vereinbarung ist vor der Behandlung geschlossen worden. Jeder Vertragspartner hat eine Ausfertigung erhalten. Ein Widerruf dieser Vereinbarung ist jederzeit möglich.

---

## Einverständniserklärung Privatliquidation (Bitte per Post senden.)

Hiermit erklären Sie sich mit der Zusendung Ihrer Privatrechnung an unten aufgeführte E-Mail-Adresse einverstanden.

**E-Mail-Adresse:**

---

**Unterschrift:**

---

(Patient/in)

**Datum:**

---

**Unterschrift:**

---

(Dr. Mareen Seeck-Hirschner)

# Chronologischer Verlauf von Lebensereignissen und Erkrankungen

Ereignisse im Leben (von der Geburt bis heute):

---

Krankheiten:

---

Notizen: