

Bitte Download-PDF vor dem
ausfüllen auf Ihrem Computer speichern.



JANA ESCHE
sinnvoll miteinander

ANAMNESEBOGEN

Allgemeine Informationen

NAME _____ VORNAME _____

STRASSE / NR. _____ PLZ / ORT _____

TELEFON _____ MOBIL _____

EMAIL _____

IHRE KRANKENVERSICHERUNG gesetzlich privat Zusatzversicherung für Heilpraktiker

GEBURTSDATUM _____ GEBURTSORT _____

RELIGION _____

BEZIEHUNGSSTATUS ledig verheiratet geschieden verwitwet in Lebenspartnerschaft dauernd getrennt

SCHULBILDUNG / ABSCHLUSS _____

BERUFSAUSBILDUNG _____

DERZEIT AUSGEÜBTER BERUF / TÄTIGKEIT _____

WIE VIELE WOCHENSTUNDEN ARBEITEN SIE? _____ SCHICHTDIENST/NACHTSCHICHT? Ja Nein

GRÖSSE _____ GEWICHT _____

SIND SIE DERZEIT IN ÄRZTLICHER BEHANDLUNG? Ja Nein

WENN JA, WESWEGEN? _____

NEHMEN SIE REGELMÄSSIG MEDIKAMENTE EIN? Ja Nein

WELCHE SIND DAS? _____

BEI WELCHER DIAGNOSE WURDEN SIE WANN VERORDNET? _____

WIE VIEL ALKOHOL TRINKEN SIE PRO WOCHE? _____

HABEN SIE EINMAL DROGEN / SUCHTMITTEL KONSUMIERT? Ja Nein

WENN JA, WANN WAR DAS UND WELCHE SUBSTANZEN WAREN DAS? _____

VON WEM WURDEN SIE AN MICH ÜBERWIESEN? _____

Anlass-Symptome-Problematik:

WESWEGEN SUCHEN SIE MICH AUF? WELCHE PROBLEMATIK VERANLASST SIE?

SEIT WANN BEMERKEN SIE DIE BESCHWERDEN UND WIE WIRD IHR LEBEN DADURCH BEEINFLUSST?

WANN SIND IHRE BESCHWERDEN BESONDERS STARK AUSGEPRÄGT UND IN WELCHEN SITUATIONEN SIND SIE BESCHWERDEFREI?

WELCHE IDEE HABEN SIE ZUR ENTSTEHUNG IHRER BESCHWERDEN?

WAREN SIE WEGEN IHRER SYMPTOME BEREITS EINMAL ODER MEHRMALS IN BEHANDLUNG? Ja Nein

WENN JA, WANN? _____

Ambulant Stationär Psychotherapeutisch Psychosomatisch Sonstige : _____

WAREN SIE WEGEN ANDERER PSYCHISCHER BELASTUNGEN IN BEHANDLUNG? Ja Nein

WANN? _____ DIAGNOSE _____ THERAPIE _____

WELCHE SCHWEREN KÖRPERLICHEN ERKRANKUNGEN HATTEN SIE? WANN?

WELCHE BESONDEREN VERÄNDERUNGEN ODER EREIGNISSE GAB ES IN DEN VERGANGENEN ZWEI JAHREN?
BITTE SCHREIBEN SIE ALLES AUF, WAS IHNEN SPONTAN EINFÄLLT, AUCH WENN ES ZUNÄCHST BELANGLICH ERSCHEINT. NUTZEN SIE BEI BEDARF GERN DIE RÜCKSEITE.

WAS HABEN SIE BISHER SELBST ZUR VERBESSERUNG IHRER BESCHWERDEN UNTERNOMMEN?

WAS MÖCHTEN SIE GERN MIT DER THERAPIE ERREICHEN?

Angaben zur Herkunftsfamilie:

DIESE FRAGEN BEZIEHEN SICH AUF DIE FAMILIE IN DER SIE AUFGEWACHSEN SIND.

MUTTER ALTER BEI IHRER GEBURT _____ BERUF / TÄTIGKEIT _____

WIE BESCHREIBEN SIE DEN CHARAKTER IHRER MUTTER?

WELCHES VERHÄLTNIS HATTEN SIE IN IHRER KINDHEIT ZU IHRER MUTTER?

VATER ALTER BEI IHRER GEBURT _____ BERUF / TÄTIGKEIT _____

WIE BESCHREIBEN SIE DEN CHARAKTER IHRES VATERS?

WELCHES VERHÄLTNIS HATTEN SIE IN IHRER KINDHEIT ZU IHREM VATER?

WIE BESCHREIBEN SIE DIE BEZIEHUNG ZWISCHEN IHRER MUTTER UND IHREM VATER?

WIE VIELE GESCHWISTER, AUCH HALB- ODER STIEFGESCHWISTER HABEN/ HATTEN SIE? BITTE GEBEN SIE DAS GESCHWISTERKIND MIT DEM ALTERSUNTERSCHIED AN UND REIHEN SICH SELBST AN DEN ENTSPRECHENDEN PLATZ EIN. BESCHREIBEN SIE KURZ IHRE BEZIEHUNG ZUM JEWEILIGEN GESCHWISTERKIND IN IHRER KINDHEIT.

WELCHE SONSTIGEN BEZUGSPERSONEN (GROSSELTERN, ONKEL, TANTE, AUCH NACHBARN) GAB ES? WELCHES VERHÄLTNIS HATTEN SIE ZU IHNEN?

AN WELCHE BESONDERS EMOTIONALEN EREIGNISSE AUS IHRER KINDHEIT ERINNERN SIE SICH? WANN WAREN DIESE?

WIE FÜHLEN SIE SICH, WENN SIE HEUTE KINDERBILDER VON SICH BETRACHTEN?

WIE IST DAS VERHÄLTNIS ZU IHREN ELTERN UND GESCHWISTERN HEUTE?

GAB ODER GIBT ES IN IHRER FAMILIE PSYCHISCHE ODER SCHWERE KÖRPERLICHE ERKRANKUNGEN? WELCHE DIAGNOSEN SIND BEKANNT?

WANN BZW. MIT WELCHEM ALTER HABEN SIE IHR ELTERNHAUS VERLASSEN? WAS WAR DER ANLASS?

Schule und Beruf:

WAS MOCHTEN SIE BESONDERS AN IHRER SCHULZEIT?

WIE WAR DIE BEZIEHUNG ZU ANDEREN MITSCHÜLERN/INNEN UND LEHRERN/INNEN?

WELCHE EREIGNISSE HÄTTEN SIE LIEBER NICHT IN IHRER SCHULZEIT / AUSBILDUNGSZEIT ERLEBT?

WIE WAREN IHRE SCHULISCHEN LEISTUNGEN?

WELCHE EREIGNISSE ODER ERFAHRUNGEN HABEN SIE WÄHREND IHRER PUBERTÄT EMOTIONAL STARK BERÜHRT?

WIE EMPFINDEN SIE IHRE DERZEITIGE BERUFLICHE SITUATION?

WELCHES VERHÄLTNIS HABEN SIE ZU KOLLEGEN UND VORGESETZTEN?

WELCHE PROBLEME GIBT ES BEI DER ARBEIT?

NEHMEN SIE SICH ARBEIT MIT NACH HAUSE?

Ja

Nein

Wie oft?

Beziehung und Partnerschaft:

WELCHE FORM EINER BEZIEHUNG LEBEN SIE GERADE? MEHRFACHNENNUNGEN MÖGLICH

Freundschaft Partnerschaft Ehe Gleichgeschlechtliche Beziehung Mehrere Partner
Getrennt lebend Gemeinsamer Haushalt Sonstige _____

WIE WÜRDEN SIE IHRE BEZIEHUNG/ PARTNERSCHAFT CHARAKTERISIEREN?

WO LIEGEN DIE STÄRKEN IHRES PARTNERS?

WAS STÖRT SIE AN IHREM PARTNER?

HABEN SIE KINDER? Ja Nein GESCHLECHT weiblich männlich ALTER _____

WIE IST DAS VERHÄLTNISS ZU IHREN KINDERN? GIBT ES UNTERSCHIEDE ZWISCHEN DEN BEZIEHUNGEN BEI MEHREREN KINDERN?

WAREN SIE SCHON EINMAL/ MEHRMALS VERHEIRATET? Nein Ja WANN WAR DAS? _____

WIE WURDE DIE EHE BEENDET? _____

WELCHE PARTNERSCHAFTEN SOLLTEN HIER NOCH ERWÄHNT WERDEN, DIE IHR LEBEN NACHHALTIG BEEINFLUSST HABEN?

WANN WAR DAS? _____

WAS FÄLLT IHNEN ALS ERSTES ZU DIESER/ DIESEN PARTNERSCHAFT(EN) EIN?

AUF WEN KÖNNEN SIE SICH AUS IHREM FREUNDESKREIS / VERWANDTENKREIS VERLASSEN?

WER UNTERSTÜTZT SIE? _____

Sonstige wichtige Informationen:

GIBT ES WICHTIGE LEBENSSITUATIONEN / EREIGNISSE, WELCHE DURCH DIE O.G. FRAGEN NICHT ERFASST WURDEN?

Nein

Ja

WELCHE FALLEN IHNEN NOCH EIN UND WANN WAR DAS?

WELCHE STÄRKEN HABEN SIE? FÜR WAS WERDEN SIE VON ANDEREN GEMOCHT / GELIEBT?

WELCHEN CHARAKTERZUG MÖGEN SIE NICHT AN SICH?

WIE BESCHÄFTIGEN SIE SICH IN IHRER FREIZEIT? WAS MACHEN SIE GERN?

WANN UND ZU WELCHEM ANLASS HÖREN SIE MUSIK? WAS IST IHRE LIEBLINGSMUSIK?

WIE UND WO UND WANN KÖNNEN SIE GUT ENTSPANNEN?

WELCHE DREI DINGE MÖCHTEN SIE UNBEDINGT NOCH IN IHREM LEBEN MACHEN?

-
-
-

WAS MÖCHTEN SIE MIR FÜR DIE THERAPIE NOCH MIT AUF DEN WEG GEBEN? WAS SOLLTE AUF KEINEN FALL PASSIEREN?

WICHTIGER HINWEIS

Ich weise darauf hin, dass ich als Heilpraktikerin für Psychotherapie nur psychische Beschwerden behandeln werde und behandeln darf. Sollten Sie körperliche Beschwerden haben, müssen diese zunächst von einem Arzt oder Facharzt abgeklärt werden. Bitte bringen Sie entsprechende Atteste mit.

KOSTENÜBERNAHME DURCH VERSICHERUNGEN

Sie erhalten generell eine Rechnung laut Gebüh (Gebührenordnung für Heilpraktiker. Diese ist nach jeder Behandlung bar zu begleichen oder nach Absprache sofort per Überweisung zu zahlen. Für Privat- oder Zusatzversicherte gilt, dass eine vollständige Erstattung der Kosten von Versicherungen oder Erstattungsstellen nicht gewährleistet ist. Ich übernehme daher für eine Erstattung keine Garantie und rate Ihnen, sich vorab zu informieren. Wenn Sie Selbstzahler sind, fragen Sie eventuell bei Ihrer Krankenkasse nach, ob Sie eine Zusatzversicherung abschließen können, welche die Kosten für Heilpraktikerleistungen vollständig bzw. anteilig übernimmt. Ich sehe mich im Stande, die anfallenden Kosten bzw. das Praxishonorar selbst zu bezahlen und bin unmittelbar zahlungspflichtiger Vertragspartner der Praxis Jana Esche. Vielen Dank für Ihr Verständnis.

ORT / DATUM

UNTERSCHRIFT

VEREINBARUNG

Ich reserviere die erforderlichen Therapiestunden zu festen, einvernehmlich vereinbarten Terminen. Da ich eine Bestellpraxis führe und psychotherapeutische Behandlungen über einen längeren Zeitraum durchgeführt werden, kann ich nicht kurzfristig neue Patienten annehmen oder Einzeltermine vereinbaren. Vereinbarte Stunden, die der Patient nicht wahrnimmt, kann ich nicht anders besetzen. Daher bin ich berechtigt, die reservierten und nicht wahrgenommenen Termine privat dem Patienten als Ausfallhonorar nach §§ 293, 296, 615 BGB in Rechnung zu stellen. Die Höhe des Ausfallhonorars richtet sich nach den Stundensätzen, derzeit 70 Euro pro Zeitstunde. ICH HABE DIESES ZUR KENNTNIS GENOMMEN.

ORT / DATUM

UNTERSCHRIFT

DATENSCHUTZRECHTLICHE EINWILLIGUNG IN DIE VERARBEITUNG PERSONENBEZOGENER DATEN

Hiermit erteile ich VORNAME / NAME _____

GEBURTSDATUM _____

meine Einwilligung in die Verarbeitung meiner Gesundheitsdaten im Zusammenhang mit meiner Behandlung in der Praxis der datenschutzrechtlich verantwortlichen Heilpraktikerin: Jana Esche | Ostfeld 12 | 21635 Jork

HIERMIT BESTÄTIGE ICH FOLGENDES

- Ich bin darauf hingewiesen worden, dass die Verarbeitung meiner Daten zum Zweck der medizinischen Behandlung (Anamnese, Befunderhebung, Diagnose, Therapie, Nachsorge etc.) sowie aufgrund des zugrunde liegenden Behandlungsvertrags erforderlich ist.
- Ich bin darauf hingewiesen worden, dass die Einwilligung die Verarbeitung sensibler Daten (Gesundheitsdaten) umfasst.
- Die zur sachgerechten Information erforderlichen Angaben habe ich vor der Datenerhebung von der verantwortlichen Person mitgeteilt bekommen.
- Meine Einwilligung erfolgt freiwillig. Mir ist bekannt, dass ich nicht verpflichtet bin, diese Einwilligung zu erteilen. Erteile ich diese Einwilligung nicht, entstehen mir hierdurch keine Nachteile. Ohne Einwilligung kann jedoch grundsätzlich keine Behandlung durch den Verantwortlichen erfolgen.
- Die Datenschutzerklärung in Papierform wurde ausgehändigt.
- Den Inhalt der abgedruckten Widerrufsbelehrung habe ich vor Erteilung der Einwilligung zur Kenntnis genommen.
- Für Rückfragen, Terminabsprachen o.ä. stimme ich der telefonischen und elektronischen Kontaktaufnahme zu.

Vielen Dank für Ihr Verständnis.

TELEFON / MOBIL

E-MAIL

ORT / DATUM

UNTERSCHRIFT

WIDERRUFSBELEHRUNG

Diese Einwilligung kann jederzeit und ohne Angabe von Gründen widerrufen werden. Die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung wird dadurch nicht berührt. Gesetzliche Erlaubnistatbestände bleiben von einem Widerruf der Einwilligung unberührt. Im Falle des Widerrufs ist eine Fortsetzung der Behandlung durch den Verantwortlichen grundsätzlich nicht mehr möglich. Die Einwilligung kann mündlich oder schriftlich widerrufen werden. Der Widerruf ist zu richten an: JANA ESCHÉ · Heilpraktiker für Psychotherapie · GIM Therapie · Systemischer Coach · Ostfeld 12 · 21635 Jork