





Christina Stark-Steffens

Heilpraktikerin
Bergstraße 79
23669 Timmendorfer Strand

 04503-7945091

 04503-7945092

 praxis@mitomedical.de

 <https://www.mitomedical.de>

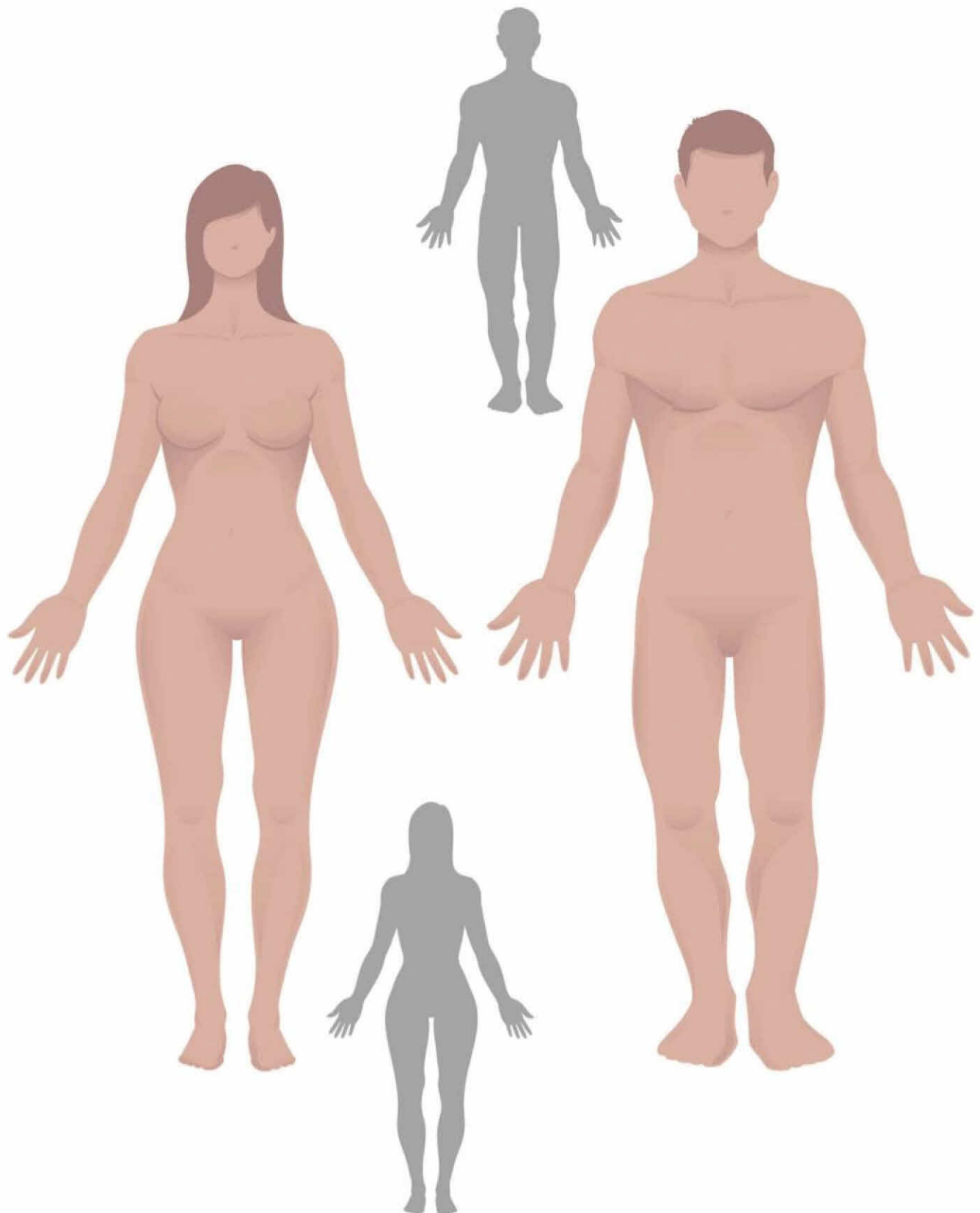
Anamnese-Fragebogen

Füllen Sie den Fragebogen genau aus und bringen ihn zum ersten Termin mit. Bei den Beispielen genügt es anzukreuzen, sofern diese zutreffen oder mit eigenen Worten beantworten. Bitte nehmen Sie sich genug Zeit.

Vorname	Name	
Straße		Nr.
PLZ	Ort	
Telefon	Geburtsstag	
Mobil	Geburtsort	
E-Mail	Körpergröße	Gewicht
Beruf		

Akute Beschwerden

An welche Körperstellen haben Sie akute Beschwerden?
Einfach intuitiv markieren.



Allgemeine Symptome

- Mangelnde Konzentration
- Ich bin müde und erschöpft
- Ich bin verstärkt reizbar
- Ich habe Ängste–
Schuldgefühle–Konflikte

- Ich schwitze sehr schnell
- Ich schwitze in der Nacht
An welchem Körperteil?
.....
.....
- kalter Schweiß
- warmer Schweiß

- Ich friere sehr schnell
- Kalte Hände kalte Füße

- Wie belastbar und leistungsfähig fühlen Sie sich?
- sehr belastbar
 - mäßig belastbar
 - gar nicht belastbar

Kopf

Leiden Sie unter Kopfschmerzen?

- häufig selten nie
- Stirn–Augen–Schläfenregion
- Hinterhauptregion
- morgens abends
- halbseitig doppelseitig
- links rechts
- wandernd von links nach rechts
- wandernd von rechts nach links

Auslöser der Kopfschmerzen:

.....

Was verbessert:

.....

Was verschlechtert:

.....

Leiden Sie unter Haarausfall?

- ja, seit:
- kreisrunder Haarausfall
- vereinzelter Haarausfall

Augen

- Bindehautentzündung
- kurzsichtig weitsichtig
- sonstige Beschwerden
- Brille seit:

Ohren

- Schmerzen links
- Schmerzen rechts
- beidseitig
- Mittelohrentzündungen
- Schwerhörig
- Ohrengeräusche
- Ohrendruck

Nase

- Operationen Heuschnupfen
 - Nasennebenhöhlenentzündungen
 - behinderte Nasenatmung
 - Nase verstopft
- Absonderungen:
- wässrig schleimig
 - eitrig grünlich
 - Allergien auf:
.....

Mandeln

- Operation
- häufig Mandelentzündungen
- als Kind
- heute

Schilddrüse

- Überfunktion Unterfunktion
- Vergrößerung Operation

Zähne/Kiefer

Zahnerkrankungen und Zahnwerkstoffe können sich auf die Gesundheit des gesamten Körpers auswirken.

- Erschwerter Durchbruch der Weisheitszähne
 - Wurzelbehandelte Zähne
 - Tote Zähne
- Empfindliche Zähne auf:
- heiß kalt
 - Parodontose/Parodontitis

- Wurden bei Ihnen Amalgamfüllungen entfernt?
- Ja Nein

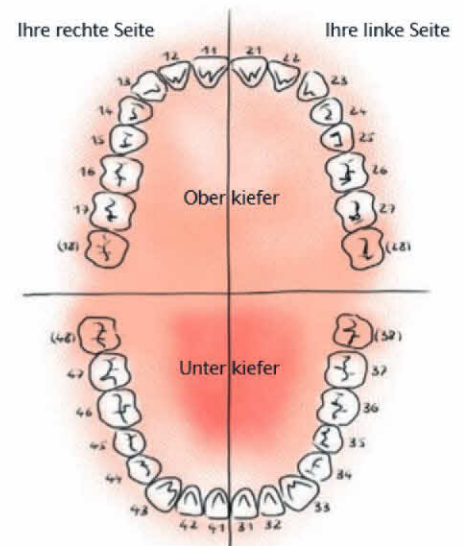
Zahnfüllmaterialien:

- Amalgam Gold
- Titan Kunststoff
- Keramik Palladium
- Implantate

Kiefergelenke:

- Schmerzen
- Geräusche beim Kauen
- Blockade
- Zähneknirschen

Bitte markieren Sie behandelte oder erkrankte Zähne oder Zahnfleisch.



Körper und Organfunktionen

Brustdrüse

- Beschwerden
- Operationen

Herz

- Beschwerden
- Stechen
- Druckgefühl
- Infarkt
- Beklemmung
- Rythmusstörungen

Lunge

- Bronchitis
- häufig Husten
- Atemnot

Leber

- Entzündungen
- Hepatitis

Galle

- Steine
- Koliken
- Operation
- Druck im Oberbauch
- Fettunverträglichkeit

Magen

- Völlegefühl
- Gastritis
- Appetitlosigkeit
- Sodbrennen

Rücken

- Schmerzen
- Hexenschuss
- Ischias
- Skoliose
- Verspannungen
- Myokylosen

Niere/Blase

- Nierensteine,
- Entzündungen
 - häufig:

Harn

- viel
- wenig
- häufig
- kann nicht halten
- Geruch nach:

Darm

- Infektionen
- Hämorrhoiden
- Blinddarmoperation
- Blähungen
- Reizdarm
- chr. Darmerkrankungen
- Polypen
- Divertikel
- Verwachsungen

Stuhlgang

- täglich
- jeden 2.Tag
- unregelmäßig
 - riecht nach:
 -
- Neigung zur Verstopfung
- Neigung zum Durchfall

Konsistenz des Stuhls:

- hell
- dunkel
- übelriechend
- hart
- knollig
- weich
- schmierig
- pastenartig
- kann Stuhl nicht halten
- Gefühl nicht fertig zu werden

Arme

- Verletzungen
- Schmerzen
- Tennisellenbogen
- Kribbeln
- kalte Hände

Beine

- Schmerzen
- Krampfadern
- Operationen
- Verletzungen
- kalte Füße
- Kribbeln
- Taubheitsgefühl

Rücken

- Beweglichkeit
- Verspannungen
- Belastungen
- Rheuma

Haut/Nägel

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

Gynäkologischer/urologischer Bereich

Sexualität

- vermindert
- verstärkt
- unbefriedigt
- Beschwerden beim Geschlechtsverkehr

Frau

Ausfluß:

- keinen stark
- weiß gelb
- wundmachend
- färbt die Wäsche

- Schmerzen
- Eierstockentzündungen
- Ausschabungen
- Fehlgeburten
- Geburten / wieviele:
- Abtreibungen
- Tumore
- Zysten
- Myome
- Geschlechtskrankheiten
- Sterilisation

Verhütungsmaßnahmen:

- Antibabypille
- Spirale
- Hormonspritze

Wann war die erste Menses?

.....

Wann die letzte?

.....

Blutungen sind:

- hell
- dunkel
- klumpig
- braun
- regelmäßig
- unregelmäßig

Mann

Prostata

- vergrößert
- Entzündungen
- Beschwerden beim Wasserlassen
- Geschlechtskrankheiten

Urologisch

- Sterilisation
- Erektionsprobleme

Akute Beschwerden

Unter welchen akuten Beschwerden leiden Sie und seit wann?

Ordnen Sie die Beschwerden nach Ihrer Wichtigkeit.

1.	_____	seit: _____
2.	_____	seit: _____
3.	_____	seit: _____
4.	_____	seit: _____
5.	_____	seit: _____
6.	_____	seit: _____
7.	_____	seit: _____
8.	_____	seit: _____

Was war unmittelbar vor dem ersten Auftreten Ihrer jetzigen Beschwerden?

- Eine Erkrankung
- Trauer
- Operationen
- andere:
- Kummer
- Schreck
- Hautausschläge

Welche Behandlungen haben Sie gegen die Beschwerden bereits bekommen?

Welche Medikamente/Nahrungsergänzungsmittel nehmen Sie zur Zeit ein?

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

Was erwarten Sie von meiner Behandlung?

Krankheitsgeschichte

Chronologische Krankengeschichte:

Bitte erfassen Sie alle bisherigen Erkrankungen und Operationen, die Sie durchgemacht haben möglichst von Kindheit an:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Welche Infektionskrankheiten haben Sie durchgemacht?

- Masern
- Mumps
- Röteln
- Keuchhusten
- Windpocken
- Scharlach
- Tetanus
- Kinderlähmung
- Malaria
- Salmonellose
- Ruhr
- Siphilis
- Pfeiffersches Drüsenfieber
- Gonorrhoe (Tripper)
- Tropenkrankheiten
- Tuberkulose

Wurden diese Erkrankungen oder andere schon einmal mit Antibiotika behandelt?

- ja nein

Falls ja, welche wurden eingesetzt?

.....

.....

.....

Haben Sie Narben von Operationen?

- ja nein

Leiden Sie oft unter Erkältungskrankheiten?

- ja nein

Welche Krankheiten sind in Ihrer Familie bekannt?

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

.....

.....

.....

Welche Impfungen haben Sie bekommen?

- Tuberkulose (BCG)
- Röteln
- Polio (Kinderlähmung)
- Cholera
- Diphtherie
- Gelbfieber
- Tetanus
- Hepatitis
- HIB
- Pocken
- Keuchhusten
- Grippe
- Masern
- Mumps
- andere:

Gab es Reaktionen auf Impfungen?

- Fieber
- Krämpfe
- Unruhe
- Schlaflosigkeit
- Verhaltensveränderungen

Lebensweise

Treiben Sie regelmäßig Sport?

- ja nein

Ist ihr Schlaf und ihr Arbeitsplatz baubiologisch untersucht worden? (Elektrosmog, Geopathie, Umwelttoxine)

- ja nein

Wie ist ihre Wohnung beschaffen?

- Funkmasten in der Nähe
- Überlandleitung/Bahnstrom in der Nähe
- Bäche, Flüsse in der Nähe
- Schimmelpilzbelastung
- Antiquitäten / Holzschutzmittel
- Teppichböden
- Mikrowelle
- Ledermöbel

Wie ist ihr Schlafplatz eingerichtet?

- schnurlose Telefone/Internet
- elektrische Geräte standby
- Wasserbett
- eingebauter elektrischer Motor

Wie ist ihr Schlaf?

- Schlaflosigkeit
- häufiges Erwachen, um wieviel Uhr:
- nächtliches Wasserlassen. Wie oft:
- Schwierigkeiten beim Einschlafen
- Unruhe in den Beinen
- Sprechen im Schlaf
- Nachtschweiß
- heiße Füße
- Zähneknirschen
- Lebhaftige Träume

Wieviel Liter trinken Sie täglich?

- unter 500ml unter 1 Liter
 ca. 1-2 Liter über 2 Liter

Was trinken Sie?

- Wasser ohne Kohlensäure
- Wasser mit Kohlensäure
- Fruchtsäfte
- Softdrinks
- Kaffee Tee Milch
- Bier Wein

Welche Nahrungsmittel essen Sie wie häufig?

	nie	selten	1x pro Tag	mehrmals täglich
Milchprodukte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Süßigkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weißmehlprodukte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kuchen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zucker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fleisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gemüse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Obst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nüsse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Auf welche Lebensmittel können Sie nur schwer verzichten?

.....

Nahrungsmittel-Allergien auf:

.....

Leben Sie nach bestimmten Ernährungsrichtlinien?

- ja nein

wenn ja welche:

.....

Wurden Sie gestillt?

- ja nein

War ihre Geburt eine natürliche?

- ja nein

Sind Sie bereit, Ihre Ernährungsgewohnheiten mit unserer Hilfe zu verbessern?

- ja nein

.....

Datum, Unterschrift



Christina Stark-Steffens Heilpraktikerin Bergstraße 79
23669 Timmendorfer Strand Fon: 04503-7945091 praxis@mitomedical.de

Datenschutzerklärung

1. Wer ist für die Datenverarbeitung verantwortlich und an wen kann ich mich wenden?

MitoMedical Center, Christina Stark-Steffens, Heilpraktikerin
Bergstraße 79, 23669 Timmendorfer Strand

2. Welche Daten werden genutzt?

Wir erheben und speichern ausschließlich Daten, die für Behandlung und Abrechnung notwendig sind.

Dazu gehören:

- Adressdaten (Name, Adresse / andere Kontaktdaten (Telefon, E-Mail-Adresse) Geburtsdatum / -ort, Geschlecht, Staatsangehörigkeit
- Bankverbindung
- Informationen über Ihren Gesundheitszustand, wie z.B. Informationen aus Untersuchungen, Anamnesegesprächen, Laborergebnis

3. Zu welchem Zweck werden die Daten verarbeitet?

- Therapeutische Behandlung, Rechnungsstellung, ggf. Mahnverfahren

4. Wer bekommt Ihre Daten?

Wir geben Ihre Daten ausschließlich an die nachfolgend genannten Dritten weiter, es sei denn, wir sind gesetzlich dazu verpflichtet:

Labore und angeschlossene Partnerlabore, Abrechnungsstellen, Steuerberater, Anwalt, Inkassounternehmen, ggf. Schufa, ggf. Vertriebspartner und Apotheken, Anbieter für Kartenzahlung.

5. Übermittlung der Daten an ein Drittland

Wir übermitteln Ihre Daten ohne Ihre weitere Zustimmung nicht ins Ausland

6. Wie lange werden Ihre Daten gespeichert?

Wir speichern Ihre Daten so lange, wie es unsere gesetzlichen Pflichten erfordern. Daten, die sich aus der Behandlung ergeben, speichern wir im Rahmen des Patientenrechtgesetzes 10 Jahre.

Rechnungen halten wir nach geltendem Steuerrecht ebenfalls 10 Jahre vor. Sind die Daten für die Erfüllung vertraglicher oder gesetzlicher Pflichten nicht mehr erforderlich, werden diese regelmäßig gelöscht

7. Welche Datenschutzrechte und Widerrufsrechte bestehen für Sie?

Jede betroffene Person hat das Recht auf Auskunft nach Artikel 15 DSGVO, das Recht auf Berichtigung nach Artikel 16 DSGVO, das Recht auf Löschung nach Artikel 17 DSGVO, das Recht auf Einschränkung der Verarbeitung nach Artikel 18 DSGVO, das Recht auf Widerspruch nach Artikel 21 DSGVO sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit nach Artikel 20 DSGVO. Darüber hinaus besteht ein Beschwerderecht bei einer Datenschutzaufsichtsbehörde (Artikel 77 DSGVO i.V.m. §19 BDSG).

Eine erteilte Einwilligung in die Verarbeitung personenbezogener Daten können Sie jederzeit uns gegenüber widerrufen. Dies gilt auch für den Widerruf von Einwilligungserklärungen, die vor der Geltung der EU-Datenschutz-Grundverordnung, also vor dem 25. Mai 2018, uns gegenüber erteilt worden sind. Bitte beachten Sie, dass der Widerruf erst für die Zukunft wirkt. Verarbeitungen, die vor dem Widerruf erfolgt sind, sind davon nicht betroffen.

8. Bereitstellung Ihrer Daten

Mit Ihrer Unterschrift verpflichten Sie sich, die zu Ihrer Behandlung und Abrechnung benötigten Daten bereitzustellen. Ohne diese Daten werden wir in der Regel den Abschluss des Vertrages / der Behandlung oder die Ausführung des Auftrages / der Behandlung ablehnen müssen oder einen bestehenden Vertrag nicht mehr durchführen können und ggf. beenden müssen.

9. Automatisierte Entscheidungsfindung und Profiling

Das Beste. Sonst Nichts.

www.mitomedical.de

Christina Stark-Steffens Heilpraktikerin Bergstraße 79
23669 Timmendorfer Strand Fon: 04503-7945091 praxis@mitomedical.de

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/des datenschutzrechtlich verantwortlichen Heilpraktikerin/Heilpraktikers:

MitoMedical Center, Christina Stark-Steffens, Heilpraktikerin
Bergstraße 79, 23669 Timmendorfer Strand

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.
- Den Inhalt der abgedruckten Widerrufsbelehrung habe ich vor Erteilung der Einwilligung zur Kenntnis genommen.

Ort, Datum Unterschrift der/des Patientin/Patienten

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:

MitoMedical Center, Christina Stark-Steffens, Heilpraktikerin
Bergstraße 79, 23669 Timmendorfer Strand