

# Karl Seeger

Facharzt für Allgemeinmedizin  
Naturheilverfahren, Orthomolekulare Medizin,  
Akupunktur

Bundesstr. 49, 37191 Katlenburg- Lindau  
Telefon (05556) 4611

---

## Anamnesebogen

Liebe Patientin, lieber Patient!

Ich möchte Sie bitten, sich bereits vor Ihrem ersten Besuch in meiner Praxis mit einigen wichtigen Fragen zu beschäftigen.

Bitte füllen Sie den Anamnesebogen vollständig aus und bringen ihn zu Ihrem vereinbarten Termin mit.

Vielen Dank!

**Name:**

**Anschrift:**

**Telefon und Email:**

**Geburtsdatum:**

**Beruf:**

**Familienstand:**

**Mit welchem Anliegen kommen Sie in meine Praxis?**

**Was war unmittelbar vor dem ersten Auftreten Ihrer jetzigen Beschwerden?**

(Erkrankungen, Kummer, Unfälle, Trauer, Medikamente, Impfungen, Nahrungsmittel,...)

**Welche Krankheiten sind Ihnen in Ihrer Familie (Eltern, Geschwister, Großeltern, Urgroßeltern) bekannt? Zutreffendes bitte unterstreichen!**

z.B. Krebs, Tuberkulose, Geisteskrankheiten, Selbstmord, Geschlechtskrankheiten, Herzkrankheiten, Gefäßkrankheiten, Schlaganfall, Asthma, Diabetes, Rheuma, Multiple Sklerose, Gicht, Allergien, Schuppenflechte, Neurodermitis, Migräne.

Sonstiges:

**Welche Krankheiten sind bei Ihnen bekannt? Zutreffendes bitte unterstreichen!**

Bluthochdruck, Krebs, Rheuma, Depression, Lebererkrankung, Diabetes, Nierenerkrankung, Asthma, Gicht, Schilddrüsenerkrankung, Magenerkrankung, Hautkrankheiten, Herzerkrankungen, Fettstoffwechselstörungen, Gallensteine, Infektanfälligkeit

Sonstige:

**Sind bei Ihnen Allergien bekannt?**

**Welche Medikamente oder Nahrungsergänzungsmittel nehmen Sie zurzeit ein?**

**Wie oft haben Sie in den letzten 24 Monaten Antibiotika eingenommen? Warum?**

**Welche Operationen hatten Sie bereits? Wann?**

***Für Patientinnen, bitte ausfüllen:***

**Anzahl der Schwangerschaften:**

**Fehlgeburten?**

**Unerfüllter Kinderwunsch?**

# Karl Seeger

Facharzt für Allgemeinmedizin  
Naturheilverfahren, Orthomolekulare Medizin,  
Akupunktur

Bundesstr. 49, 37191 Katlenburg-Lindau  
Telefon (05556) 4611

---

**Nehmen Sie Verhütungsmittel? Welche?**

**Monatsblutung** *Zutreffendes bitte unterstreichen!*

Regelmäßig, unregelmäßig, schmerzhaft, Prämenstruelles Syndrom

**Haben Sie Zahnfüllungen? Welches Füllmaterial wurde für Ihre Zähne verwendet?**

**Wie groß und wie schwer sind Sie?**

**Sind oder waren Sie Raucher/in? Seit wann bzw. wie lange? Wie viele Zigaretten rauchen Sie pro Tag?**

**Wogegen sind Sie geimpft?**

**Treiben Sie Sport? Wenn ja, welchen?**

**Wieviel und was trinken Sie pro Tag?**





**Können Sie sich entspannen? Wenn ja, wie gelingt es am besten?**

**Leiden Sie unter einem oder mehreren der folgenden Symptome? Zutreffendes bitte unterstreichen!**

Wetterfühligkeit, Schwindelzustände, allgemeine Nervosität, starke innere Anspannung, leichte Erregbarkeit, leichte Ermüdbarkeit, Konzentrationsschwäche, Vergesslichkeit, Perfektionismus, Hang zur Unordnung, anhaltende Erschöpfung, Lichtempfindlichkeit, allgemeine Empfindlichkeit der Sinnesorgane, Geruchsempfindlichkeit, allgemeine Verschlechterung der Beschwerden unter Stressbelastung, plötzliches Ausrasten.

**Haben Sie Probleme mit Ihrem Partner/ Ihrer Partnerin?**

**Arbeiten Sie mit Lösungs-, Reinigungs- oder Desinfektionsmitteln, Farben, Lacken?**

**Sind Sie Schwermetallen, Industrie- oder Autoabgasen ausgesetzt?**

**Wird in Ihrem Umfeld geraucht?**

**Sind Sie an unterstützenden, regenerativen Heilverfahren interessiert und wünschen hierzu weitere Informationen durch eine meiner Mitarbeiterinnen?**

- Ja, ich interessiere mich für Heilverfahren wie Akupunktur, Bioresonanztherapie, Magnetfeldtherapie, Chelattherapie, Vitalkuren, Eigenblutbehandlung, individuelle Ernährungsberatung (*zutreffendes bitte unterstreichen!*).
- Nein danke, im Moment habe ich kein Interesse.

**Hiermit erkläre ich mein Einverständnis  
zu den von Herrn Karl Seeger veranlassten Leistungen.**

*Für gesetzlich Versicherte:*

Mir ist bekannt, dass ich Anspruch auf notwendige Leistungen zu Lasten meiner gesetzlichen Krankenkasse habe.

# Karl Seeger

Facharzt für Allgemeinmedizin  
Naturheilverfahren, Orthomolekulare Medizin,  
Akupunktur

Bundesstr. 49, 37191 Katlenburg- Lindau  
Telefon (05556) 4611

---

Darüber hinaus wünsche ich die vereinbarten privatärztlichen Leistungen (nach § 12 SGB V).  
Über die entstehenden Kosten wurde ich informiert.

Ich wurde darüber informiert, dass diese Leistungen von meiner gesetzlichen Krankenkasse  
nicht erstattet werden dürfen.

Die Leistungsvergütung erfolgt nach der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ).

## *Für privat Versicherte:*

Ich wurde darüber informiert, dass auch private Versicherungen unter Umständen die  
Rechnungen nicht oder nicht vollständig erstatten.

Ich wurde darüber informiert, dass das Honorar mit Leistung bzw. Rechnungstellung fällig  
wird, unabhängig von der der Erstattungshöhe der PKV oder Beihilfe.

Mir ist bekannt, dass für mich reservierte Termine, die ich nicht 24h im Voraus abgesagt  
habe, privat in Rechnung gestellt werden müssen.

---

Datum

---

Unterschrift