



## Naturheilpraxis Gesche Kay – Heilpraktikerin –

Schoolkamp 9, 24145 Kiel

und Holti309, Holtenauer Straße 309, 24105 Kiel

Tel. 0431 – 71 98 79 40

Mobil und Whats-App 0174 - 3568844

[Kontakt@Naturheilpraxis-Kay.de](mailto:Kontakt@Naturheilpraxis-Kay.de)



Hallo und herzlich willkommen in der Praxis für Naturheilkunde von Gesche Kay!

Ich freue mich sehr, dass Sie den Weg zu mir gefunden haben!

Im weiteren Verlauf finden Sie einen Anamnesebogen und die Datenschutzerklärungen. Bitte füllen Sie diese aus und senden mir die Bögen – gern als Email – möglichst zeitnah zurück. Sollten Sie ergänzende Unterlagen aus vorangegangenen Behandlungen oder Untersuchungen, oder auch einen Medikamentenplan haben, senden Sie mir diese bitte auch zu.

Sollten bei Ihnen Symptome wie z. B. Fieber, Halsschmerzen o.ä. vor einem Termin bei mir auftreten, bitte ich Sie den Termin zu verschieben und zunächst Ihren Hausarzt zu kontaktieren, da für Heilpraktiker ein Behandlungsverbot von Corona besteht.

Zu Ihrem Termin bringen Sie bitte alle Packungen von den aktuellen Medikamenten mit.

Zudem seien Sie bitte mit Parfüm, Rasierwasser oder auch Bodylotion sparsam.

Behandlungen bei mir können anstrengend sein. Planen Sie hinterher ein wenig Ruhe ein. Sie sollten nach den meisten Behandlungen viel stilles Wasser trinken, dies werde ich Ihnen dann aber auch noch einmal sagen.

Wenn Ihr Kind zur Behandlung kommt, bringen Sie bitte ein wenig Beschäftigungsmaterial mit. Dies sollte allerdings kein Elektronikspielzeug sein. Leider wird es für die Kleinen auch mal langweilig bei mir.

In der Praxis im Schoolkamp steht für Sie ein Parkplatz auf dem Grundstück (Steinfläche vor dem Haus) zur Verfügung. Da ich eine reine Bestellpraxis führe und keine Wartemöglichkeiten habe, kommen Sie bitte pünktlich zum Termin.

In der Holtenauer Straße nehmen Sie bitte im Flur der Praxis Platz, ich komme dann zu Ihnen.

Planen Sie beim ersten Mal bitte 1 ½ - 2 Stunden ein. Für die weiteren Male rechne ich mit ca. einer Stunde. Beachten Sie bitte, eine Zahlung ist nur in per Kartenzahlung möglich.

Sollten von Ihrer Seite noch Fragen bestehen, kontaktieren Sie mich gern!

Wenn Sie den Termin nicht einhalten können, sagen Sie bitte möglichst frühzeitig ab. Bei verspäteten Absagen (48 Stunden vor dem Termin bzw. bei Terminen am Montag bitte bis Freitag, 12 h absagen.)

Mit herzlichen Grüßen

Ihre Gesche Kay, Heilpraktikerin



## Anamnesebogen

Liebe Patientin,  
lieber Patient,

in der Naturheilkunde ist die gründliche Erhebung des Gesundheitszustandes von großer Bedeutung. Der Behandlungsansatz ist ganzheitlich angelegt, um mögliche Verbindungen und Ursachen für Gesundheitsstörungen zu ergründen.

Daher bin ich auf Ihre aktive Mithilfe angewiesen. Je genauer und umfassender Ihre Informationen sind, umso besser kann ich mich auf Sie vorbereiten..

**Bitte füllen Sie den Fragebogen daher so gut wie möglich aus und schicken uns den Bogen vor Ihrem Termin per Fax, Mail oder per Post zu.**

Vielen Dank!  
Ihre Naturheilpraxis Gesche Kay

Name \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

Beruf \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_

**Ihre momentanen Beschwerden, weswegen kommen Sie zu mir?**

---

---

---

**Gab es Auslöser für Ihre Beschwerden, z. B. Erkrankungen, Unfälle, Trauer, Kummer, Medikamente, Impfungen etc.?**

---

**Wann hatten Sie das letzte Mal einen Infekt, neigen Sie zu Infekten?**

---

**Hatten Sie folgende Kinderkrankheiten?**

O Masern

O Röteln

O Windpocken



Mumps

Scharlach

Pfeiffersches Drüsenfieber

**Wurden Sie bereits operiert?**

Blinddarm

Mandeln

Sonstiges

**Welche Allergien liegen vor?**

Heuschnupfen

Tierhaare

Hausstaub

Penicillin

Metalle

Nahrungsmittel (bitte nennen) \_\_\_\_\_

Sonstige Allergien (bitte nennen)

---

**Familienvorgeschichte**

Bluthochdruck

Diabetes

Fettstoffwechselstörungen

Herzinfarkt

Asthma

Lungenerkrankungen

Erbkrankheiten

Krebs

**Für Patientinnen**

Anzahl der Schwangerschaften \_\_\_\_\_

Anzahl der Geburten \_\_\_\_\_

Einnahme der Pille

ja

nein

Monatsblutung

regelmäßig

schmerzhaft

unregelmäßig

**Welche Medikamente nehmen sie regelmäßig?**

---

**Zu Ihrer Person**

Größe \_\_\_\_\_ Körpergewicht \_\_\_\_\_ Anzahl Zigaretten / Tag \_\_\_\_\_

Mit welcher Hand schreiben Sie?

Rechts

Links



Welchen regelmäßigen Sport betreiben Sie? \_\_\_\_\_

Wogegen sind Sie geimpft? \_\_\_\_\_

Wieviel trinken Sie pro Tag? \_\_\_\_\_

**Wie ist Ihr Schlafverhalten? (Ein-, Durchschlafen, Traumerinnerung)**

---

---

**Welche Vorerkrankungen sind bekannt?**

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck                     | <input type="checkbox"/> Diabetes                | <input type="checkbox"/> Magenerkrankungen         |
| <input type="checkbox"/> Tumorerkrankungen                 | <input type="checkbox"/> Nierenerkrankungen      | <input type="checkbox"/> Hautkrankheiten           |
| <input type="checkbox"/> Rheuma                            | <input type="checkbox"/> Asthma                  | <input type="checkbox"/> Herzerkrankungen          |
| <input type="checkbox"/> Depression                        | <input type="checkbox"/> Gicht                   | <input type="checkbox"/> Fettstoffwechselstörungen |
| <input type="checkbox"/> Lebererkrankungen                 | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenkrankheiten | <input type="checkbox"/> Gallensteine              |
| <input type="checkbox"/> Sonstige Erkrankungen (chronisch) |  |  |

---

---

**Hatten Sie in der Vergangenheit Unfälle?**

---

**Hatten Sie bereits Infektionskrankheiten, z. B. im Urlaub?**

---

---

**Welches Füllmaterial wurde für Ihre Zähne verwendet?**

- |                                  |   |                                     |
|----------------------------------|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Amalgam | <input type="checkbox"/> Amalgam entfernt | <input type="checkbox"/> Kunststoff |
| <input type="checkbox"/> Gold    | <input type="checkbox"/> Keramik          |                                     |

**Wie ist Ihre Verdauung?**

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Völlegefühl n. d. Essen | <input type="checkbox"/> Vermehrt Bähungen    | <input type="checkbox"/> Verstopfung       |
| <input type="checkbox"/> Sodbrennen              | <input type="checkbox"/> Vermehrtes Aufstoßen | <input type="checkbox"/> Hämorrhoiden      |
| <input type="checkbox"/> Gastritis               | <input type="checkbox"/> Helikobakter Pylori  | <input type="checkbox"/> Durchfall         |
| <input type="checkbox"/> Magengeschwür           | <input type="checkbox"/> Appetitlosigkeit     | <input type="checkbox"/> Stuhlgang täglich |

Nahrungsmittel, die Sie schlecht vertragen: \_\_\_\_\_



**Naturheilpraxis Gesche Kay – Heilpraktikerin –**

Schoolkamp 9, 24145 Kiel

und Holti309, Holtenauer Straße 309, 24105 Kiel

Tel. 0431 – 71 98 79 40

Kontakt@Naturheilpraxis-Kay.de

---



**Welche Werte waren bei Ihrer letzten Blutentnahme verändert? Bitte ggf. mitbringen**

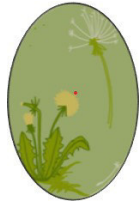
---

---

**Welche Maßnahmen ergreifen Sie selbst, um Ihre Gesundheit zu erhalten?**

---

---



---

## **Patienteninformation zum Datenschutz**

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

der Schutz Ihrer Daten ist mir sehr wichtig. Nach dem Datenschutzrecht bin ich verpflichtet, Sie darüber zu informieren, für welche Zwecke ich Ihre Daten verwende.

### **Verantwortliche für die Datenverarbeitung**

Naturheilpraxis  
Gesche Kay, Heilpraktikerin  
Schoolkamp 9  
24149 Kiel

Tel.: 0431 / 71 98 79 40  
kontakt@naturheilpraxis-kay.de  
www.Naturheilpraxis-Kay.de

### **Zweck der Verarbeitung**

Ich erhebe und verarbeite die Daten im Praxisprogramm „Lemniscus“. Diese sind nur für mich und evtl. Mitarbeiter einsehbar und werden nicht weitergegeben.

### **Dauer der Aufbewahrung**

Aufgrund rechtlicher Vorgaben bin ich dazu verpflichtet die Daten mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren.

### **Rechtsgrundlage**

Die Rechtsgrundlage für die Datenverarbeitung meiner Praxis ist der zwischen Ihnen und mir bestehende Behandlungs- bzw. Dienstleistungsvertrag (Art. 6 Abs. 1b DSGVO, i. V. m. Art. 9 Abs. 2 h, Abs. 3 DSGVO und § 22 Abs. 1 Nr. 1b BDSG), mich binden sozialgesetzliche und rahmenvertragliche Vorgaben, sowie die Verarbeitung zur Erfüllung eigener Geschäftszwecke (Art. 6 Abs. 1f DSGVO).

### **Beschwerderecht**

Nach dem Datenschutzgesetz steht Ihnen das Recht zu, sich im Falle von Verletzungen Ihrer Rechte bei der zuständigen Aufsichtsbehörde zu beschweren.

Mit freundlichen Grüßen  
Gesche Kay

### **Empfangsbestätigung**

Hiermit bestätige ich oben aufgeführte Informationen erhalten zu haben.

---

Datum und Unterschrift

---



**Naturheilpraxis Gesche Kay – Heilpraktikerin –**  
Schoolkamp 9, 24145 Kiel  
und Holti309, Holtenauer Straße 309, 24105 Kiel  
Tel. 0431 – 71 98 79 40  
**Mobil und Whats-App 0174/568844**  
**Kontakt@Naturheilpraxis-Kay.de**



---

## Zusatz zur Patienteninformation zum Datenschutz

Sehr geehrte Patientin,  
sehr geehrter Patient,

die Praxis bietet die Möglichkeit der Kommunikation bei z. B. Terminwünschen über den Messenger-Dienst „Whats-App“ an.

Hierfür ist die Speicherung des Namens und der Handynummer bei Whats-App erforderlich. Medizinische Auskünfte werden in diesem Rahmen nicht erfolgen.

Ich, \_\_\_\_\_ (Patientenname),  
genehmige die Speicherung meiner Daten im Messenger-Dienst „Whats-App“ ausdrücklich.  
Die Genehmigung kann jederzeit in schriftlicher Form widerrufen werden.

---

Datum und Unterschrift des Patienten / der Patientin

---

### Verantwortliche für die Datenverarbeitung

Naturheilpraxis  
Gesche Kay, Heilpraktikerin  
Schoolkamp 9  
24145 Kiel

Tel.: 0431 / 71 98 79 40 oder 0174/568844  
kontakt@naturheilpraxis-kay.de  
www.Naturheilpraxis-Kay.de