



**Dr.med.Jördis Hendricks**  
**Fachärztin für Innere Medizin**  
**Praxis für Prävention-Stressmedizin-Stoffwechsel**

Brunsborg 2  
22529 Hamburg  
Tel: 040-46092092  
E-Mail: [praxis-jh@gmx.de](mailto:praxis-jh@gmx.de)

Vielen Dank, dass Sie mir Ihre Gesundheit anvertrauen möchten.

Gerne berate ich Sie in allen gesundheitlichen Belangen.

Der Schwerpunkt meiner Praxis liegt in der Vorbeugung, der Prävention von Erkrankungen sowie in der Behandlung von stressbedingten Erkrankungen wie Autoimmunerkrankungen, Übergewicht, Bluthochdruck, Stoffwechselstörungen, Verdauungsstörungen, Erschöpfungssyndromen, Depressionen, chronischen Gelenk- und/oder Rückenschmerzen, Schlafstörungen, unerfüllter Kinderwunsch etc.

Auf Ihren ersten Besuch möchte ich mich möglichst genau vorbereiten und ausreichend Gesprächszeit und Zeit für die nötigen Untersuchungen einplanen. Hierfür benötige ich jedoch Ihre Hilfe und möchte Sie deshalb bitten, sich etwas Zeit zu nehmen und die nachfolgenden Fragen in dem Anamnesefragebogen so genau und ausführlich wie möglich zu beantworten.

Sollte eine Frage unverständlich sein, lassen Sie diese zunächst offen.

Den ausgefüllten und unterschriebenen Bogen senden Sie bitte per E-Mail an: [praxis-jh@gmx.de](mailto:praxis-jh@gmx.de) oder per Post an: Praxis Dr. Jördis Hendricks, Brunsborg 2, 22529 Hamburg.

Anschließend wird meine Mitarbeiterin umgehend Kontakt mit Ihnen aufnehmen und Ihnen einen Terminvorschlag unterbreiten.

Hochachtungsvoll,

Dr.med. Jördis Hendricks

---

## Anamnesebogen Seite 1

---

### Persönliche Angaben

Nachname:

Vorname:

Geburtsort:

Geburtsdatum:

Straße:

Hausnummer:

Postleitzahl:

Wohnort:

Krankenkasse:

E-Mail:

Tel.-Nr. Mobil:

Gewicht:

kg

Körpergröße:

cm

---

### Berufs- und Lebenssituation

Sie sind berufstätig

als:

Schüler/Studierend

nicht erwerbstätig

im Ruhestand

Gibt es besondere Belastungen im täglichen (Berufs-)Leben?

nein

ja

Benötigen Sie ein Hörgerät?

Bewegen Sie sich regelmäßig (täglich, wöchentlich) aktiv?

---

### Welche Erkrankungen sind in Ihrer Familie (Eltern, Geschwister, Onkel, Tante) bekannt? (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Herzkrankheit

Herzinfarkt

Bluthochdruck

Blutzuckerkrankheit/Diabetes

Autoimmunerkrankungen

Schilddrüsenerkrankungen

---

## Anamnesebogen Seite 2

---

**Welche Erkrankungen sind in Ihrer Familie (Eltern, Geschwister, Onkel, Tante) bekannt?** (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Übergewicht

Depressionen

Schlaganfall

Darmkrebs

Brustkrebs

Prostatakrebs

Krebs, sonst.

---

**Welche Erkrankungen sind bei Ihnen bekannt?** (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Keine

Herzkrankheit

Herzinfarkt

Bluthochdruck

Blutzuckerkrankheit/Diabetes

Autoimmunerkrankungen

Schilddrüsenerkrankungen

Übergewicht

Depressionen

Schlaganfall

Darmkrebs

Brustkrebs

Prostatakrebs

Krebs, sonst.

Blutungsneigung

---

## **Anamnesebogen Seite 3**

---

**Welche Erkrankungen sind bei Ihnen bekannt?** (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Magenerkrankung

Cholesterinerhöhung

Nierenerkrankung

Lungenerkrankung

---

**Welche aktuellen Beschwerden haben Sie?** (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Schwindel

Kopfschmerzen

Erschöpfung/ständige Müdigkeit

Schmerzen

Hautekzeme/Hautrötungen

Blähungen/Völlegefühl

Verstopfung

Durchfall

Heißhungerattacken

Ein- und /oder Durchschlafstörungen

Sodbrennen

Magenschmerzen

Haarausfall

Nächtliches Schwitzen

Beschwerden beim Wasserlassen

Beschwerden beim Atmen/Luftnot

**Welche Operationen hatten Sie?**

Keine

Brust-OP

Gebärmutter-OP

Mandeln-OP

Blinddarm-OP

Bruch-OP

Gallenblasen-Op

---

**Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?**

**Keine**

Wenn ja, welche?

---

**Leiden Sie unter Gewichtsschwankungen?**

Gewichtszunahme

Gewichtsabnahme

---

**Vergütung**

Der Patient verpflichtet sich, die Zahlung des Entgeltes für die ärztlichen Leistungen nach den geltenden Tarifen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) zu leisten, wobei die Schwellenwerte der GOÄ ausgeschöpft werden. Die Vergütung wird gem. § 12 GOÄ fällig, wenn dem Zahlungspflichtigen eine entsprechende Rechnung erteilt wurde. Der Arzt weist darauf hin, dass eine Erstattung der Vergütung durch Erstattungsstellen möglicherweise nicht in vollem Umfang gewährleistet ist.

Der Patient nimmt Kenntnis davon, dass die medizinischen Leistungen dieser speziellen Behandlung nicht Bestandteil der gesetzlichen Krankenversicherung sind.

**Datenschutz**

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten im Rahmen der Zweckbestimmung unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Regelungen in der Praxis aufbewahrt und gespeichert werden sofern dies zur Versendung dieses Anamnesebogens und zu seiner Bearbeitung nach der Rücksendung an die Praxis erforderlich ist.

---

**Unterschrift**

**Ort, Datum**

**Unterschrift**

Gerne würde ich noch von Ihnen erfahren, wie Sie auf meine Praxis aufmerksam geworden sind:

Telefonbuch

Internet

Empfehlung

Sonstige

**Vielen herzlichen Dank!**

**Ihr Fragebogen wird jetzt umgehend bearbeitet und dann freue ich mich,  
Sie persönlich kennenzulernen.**