

# Praxis für klassische Homöopathie und Naturheilverfahren

**Melanie Brühl-Schobert**  
Heilpraktikerin

BKHD-qualifizierte Homöopathin

Schießgrabenstr. 24  
86150 Augsburg  
Tel. 0821/ 88427390  
info@praxis-schobert.de  
www.praxis-schobert.de

---

## Anmeldung

Datum der Erstanamnese: .....

### Patient:

Name: ..... Vorname: .....

Geb.-Datum: ..... Geschlecht: W  M  Familienstand: .....

Bei Kindern: Erziehungsberechtigte: .....

### Adresse:

Straße/ Hausnummer: .....

PLZ: ..... Ort: .....

Tel. privat: ..... Tel. geschäftl.: .....

Handy: ..... E-mail: .....

Beruf: .....

Kranken-Versicherung/-Kasse: .....

Waren Sie schon einmal in homöopathischer Behandlung ? Welche Mittel wurden eingesetzt ?

Was sind Ihre Hauptbeschwerden ? .....

Wurden Sie wegen dieser Beschwerden schon medizinisch behandelt ? Welche Arzneimittel/

Therapien haben Sie erhalten ? .....

Welche Behandlung, welche Medikamente bekommen Sie aktuell ? .....

Waren / sind Sie in psychotherapeutischer Behandlung, nehmen Sie Psychopharmaka,

seit wann/ welche ? .....

# Praxis für klassische Homöopathie und Naturheilverfahren

**Melanie Brühl-Schobert**  
Heilpraktikerin

BKHD-qualifizierte Homöopathin

Schießgrabenstr. 24  
86150 Augsburg  
Tel. 0821/ 88427390  
info@praxis-schobert.de  
www.praxis-schobert.de

---

Welche Impfungen haben Sie bekommen, wann waren diese, gab es danach Reaktionen ?

.....

Welche Kinderkrankheiten, Operationen, Unfälle und sonstigen Erkrankungen hatten Sie ?

Jahr                      Erkrankung

.....

.....

.....

.....

.....

Welche Erkrankungen gab / gibt es in der Familie ?

Vater ..... Mutter .....

Großeltern väterlich..... Großeltern mütterlich .....

.....

Geschwister .....

Bei Frauen: Anzahl der Schwangerschaften: ..... Geburten: .....

---

Ich wurde über die homöopathische Behandlung informiert und aufgeklärt.

Das Informationsblatt „**wichtige Praxis- und Honorarinformationen**“ habe ich erhalten. Ich erkläre mich mit den dort aufgeführten Behandlungsgebühren einverstanden.

**Datum:**.....                      **Unterschrift des Patienten:** .....

## **Einwilligung und Information zur Datenverarbeitung gemäß der Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO)**

Ich erkläre hiermit, dass ich ein Exemplar der „**Patienteninformation Datenschutz**“ von *Praxis für klassische Homöopathie und Naturheilverfahren, Melanie Brühl-Schobert* (Stand Mai 2018) gemäß der Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO) erhalten habe und ihr zustimme.

**Datum:**.....                      **Unterschrift des Patienten:** .....