



DR. CHARLOTTE PHILIPP

**Familiennamen**

\_\_\_\_\_

Vorname, Titel

\_\_\_\_\_

Straße

\_\_\_\_\_

Plz. Ort

\_\_\_\_\_

Tel

\_\_\_\_\_

Mobiltel.

\_\_\_\_\_

@-mail

\_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

(bitte leserlich schreiben)

Geb. am

\_\_\_\_\_

Soz.vers.nr.

\_\_\_\_\_

Versicherung

\_\_\_\_\_

mitversichert

\_\_\_\_\_

Privatarztvers.

\_\_\_\_\_

Kontakt durch

\_\_\_\_\_

Datum

\_\_\_\_\_



DR. CHARLOTTE PHILIPP

## Behandlungsvereinbarung

zwischen

Frau Dr. Charlotte Philipp und Patient Frau/Herrn .....

wird folgende Vereinbarung geschlossen:

1.)

Der Patient erklärt, dass eine privatärztliche Leistung (Diagnostik und/oder Behandlung) durch Dr. Charlotte Philipp (Ärztin für Allgemeinmedizin, Psychotherapeutin) gewünscht wird.

2.)

Die Ärztin erklärt, die von ihr erbrachten Leistungen orientieren sich an den Kenntnissen der Schulmedizin sowie weiterreichender komplementärer- und naturheilkundlicher Methoden und Kenntnisse. Die erbrachte Leistung ist keine Akutmedizin, sondern zielt im besonderen auf Prävention, Ursachenfindung sowie Energieanhebung des Stoffwechsels und der Körperzellen zur Förderung der eigenen Heilungsfähigkeit. Heilungsversprechen sind grundsätzlich ausgeschlossen.

Die Rechnungslegung erfolgt auf Grundlage der konsumierten Zeit, sowie erbrachter Sonderleistungen. Die Abrechnung erfolgt in 10 - Minuten Einheiten

3.)

Falls die Ärztin eine nicht in Österreich durchführbare Labormaßnahmen empfiehlt, wird die medizinisch notwendige Labordiagnostik mit dem Patienten vor der Leistungserbringung abgestimmt. Die Rechnungslegung für das Labor Ganzimmun erfolgt im Rahmen der Ordination, andere Labore, wie Biovis, IMD, IGL, MTM, direkt an den Patienten. Insofern erklärt der Patient sein Einverständnis zur Weitergabe der erforderlichen personengebundenen Daten an die beteiligten Labore.

4.)

Die für den Patienten bestimmten Privatabrechnungen sind nach Konsumation sofort als Barzahlung oder mittels Bankomatkarte nur in Ausnahmefällen mittels Überweisung innerhalb von 2 Wochen fällig. Für die Einreichung der Honorare und Therapie- oder Präparatrechnungen sorgt der Patient selbst. Es werden dabei nur die unbedingt notwendigen personengebundenen und medizinischen Daten, die für die Rechnungserstellung erforderlich sind, weitergegeben.

Da es sich um privatärztliche Honorare und Rechnungen handelt kann es unter Umständen vorkommen, dass Leistungsträger (Beihilfe, private Krankenversicherungen o. a.) keinen vollständigen Rechnungsausgleich vornehmen wollen. Der Arzt unterstützt den Patienten bei der Klärung berechtigter Forderungen gegenüber den Leistungsträgern. Gleichwohl besteht der Vergütungsanspruch des Arztes für die erbrachten ärztlichen Leistungen unabhängig von einer Entscheidung Dritter und bindet ausschließlich den Patienten als Zahlungsverpflichteten

5.)

Die **Nichteinhaltung vereinbarter Termine** sind mindestens 24 Stunden vorher mitzuteilen und zu verschieben, andernfalls muss eine Rechnung **über € 112,-** gestellt werden.

Der Behandlungsvereinbarung wird zugestimmt. Ein Exemplar wurde ausgehändigt

Wien, am .....

Unterschrift .....



DR. CHARLOTTE PHILIPP

## GANZHEITSMEDIZINISCHE ANAMNESE

Name: ..... Datum: .....

Alter ..... Größe ..... Gewicht .....

Beruflicher Werdegang :.....

Berufliche Tätigkeit: .....

alleinstehend  in Partnerschaft/Ehe  im Familienverband  mit Mutter  mit Vater  mit Kindern   
eigene Kinder, wie viele..... in welchem Alter .....

Aktuelle Beschwerden? Seit wann? *Bitte nennen Sie einfach Stichwort*

---

---

---

---

Sind Sie sonst mit Ihrem Gesundheitszustand zufrieden? Welche Probleme haben Sie außerdem?  
*Anders gefragt: Was sind Ihre Wünsche an die Behandlung?*

---

---

---

Bekannte aktuelle Diagnosen?

---

---

---

Welche Medikamente nehmen Sie ein? *(Bitte auch Beruhigungsmittel, Abführmittel, Antibaby Pille,...)*

---

---

---

---

Sind Allergien bekannt, welche?

Pollen  .....

Hausstaubmilben  Schimmelpilze  sonstige  .....

Impfreaktionen  ..... Medikamente  .....

Lebensmittel  .....



DR. CHARLOTTE PHILIPP

<b>Symptome aktuell (innerhalb der letzten 6 Monate) bzw. früher (in den letzten Jahren):</b>					
<input type="checkbox"/> hin und wieder, <input type="checkbox"/> öfter, regelmäßig, <input type="checkbox"/> stark					
<b>aktuell</b>		<i>früher</i>	<b>aktuell</b>		<i>früher</i>
<input type="checkbox"/>	allgemeine Schwäche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	schlechte Merkfähigkeit	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	innere Unruhe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	innere Geheitzheit	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Reizbarkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Stimmungsschwankungen	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Konzentrationsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Antriebslosigkeit	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Nervosität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tagesmüdigkeit	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Ängste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Leistungsabfall	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Denkblockaden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	allgemeine Lustlosigkeit	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Depressivität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Einschlafstörungen	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Unsicherheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Durchschlafstörungen	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Angsträume	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	keine Traumerinnerung	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Wetterfühligkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	fühlen Sie sich nach Stress fiebrig	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Sehstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lichtempfindlichkeit	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Schwerhörigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lärmempfindlichkeit	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Ohrensausen/-piepen/-brummen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schwindelgefühle	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Geruchsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Unsicherheiten beim Gehen	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Geschmacksstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Müdigkeit nach dem Essen	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Mundgeruch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Magenbeschwerden	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Heißhunger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bauchschmerzen	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Aufstoßen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sodbrennen	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Verstopfung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Übelkeit	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Blähungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Durchfall	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Infektanfälligkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Halschmerzen	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Kehlkopfdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hustenreiz	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Schluckbeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Heisere Stimme	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Fließschnupfen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	trockene Nase	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Nasennebenhöhlenentzündungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	verstopfte Nase	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Atemnot	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Herzbeschwerden	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Herzklopfen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Herzangst	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Herzrhythmusstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kreislaufstörungen	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Blutfetterhöhungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	kalte Hände / Füße	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	vermehrtes Frieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	vermehrtes Schwitzen	<input type="checkbox"/>



DR. CHARLOTTE PHILIPP

Symptome aktuell (innerhalb der letzten 6 Monate) bzw. früher (in den letzten Jahren):					
<input type="checkbox"/> hin und wieder, <input type="checkbox"/> öfter, regelmäßig, <input type="checkbox"/> stark					
<i>aktuell</i>		<i>früher</i>	<i>aktuell</i>		<i>früher</i>
<input type="checkbox"/>	Mundtrockenheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zungenbrennen	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Hautprobleme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bindegeweibsschwäche	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Haarausfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Krampfadern	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Hämorrhoiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	geschwollene Beine	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Juckreiz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Muskelkrämpfe	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Gesichtsschwellungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lidschwellungen	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Augenbrennen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gehörgangsjucken	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Nachtschweiß	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fieber	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Migräne	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Nackenverspannungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kiefergelenksschmerzen	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Rückenschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Muskelschmerzen	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Harnsäureerhöhung/Gicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nervenschmerzen	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Fingergelenkschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sensibilitätstörungen	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Sehnenscheidenentzündungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Handgelenkschmerzen	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Knieschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schultergelenkschmerzen	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	unruhige Beine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Muskelschwäche	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Zittern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ziehende Bein-Schmerzen	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Leistenbeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Reizblasenerscheinungen	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Schmerzen in Nierebereich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Harninkontinenz/Harnträufeln	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Entzündungen im Genitalbereich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Brustschmerzen	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Prostatavergrößerung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hitzeschübe	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Regelstörungen u. -Schmerzen Letzte Blutung:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Libidoverlust	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Zahnschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zahnfleischbluten	<input type="checkbox"/>
Wieviele Amalgamfüllungen haben Sie?		aktuell ?	früher?		
Wieviele Wurzelfüllungen haben Sie?		aktuell ?	früher?		
Wieviele Zahnimplantate haben Sie aktuell?			Titan <input type="checkbox"/>	Zirkon <input type="checkbox"/>	



DR. CHARLOTTE PHILIPP

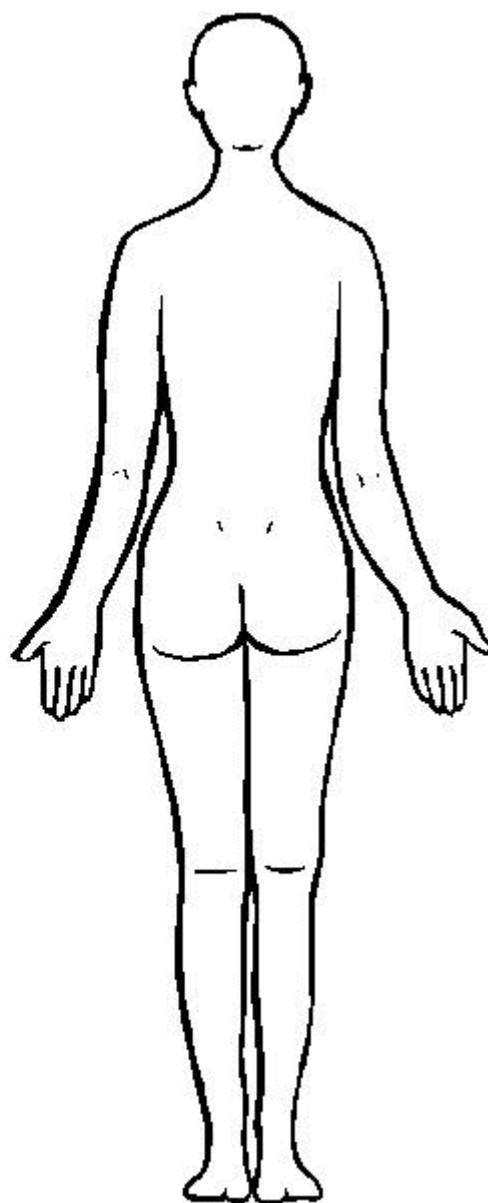
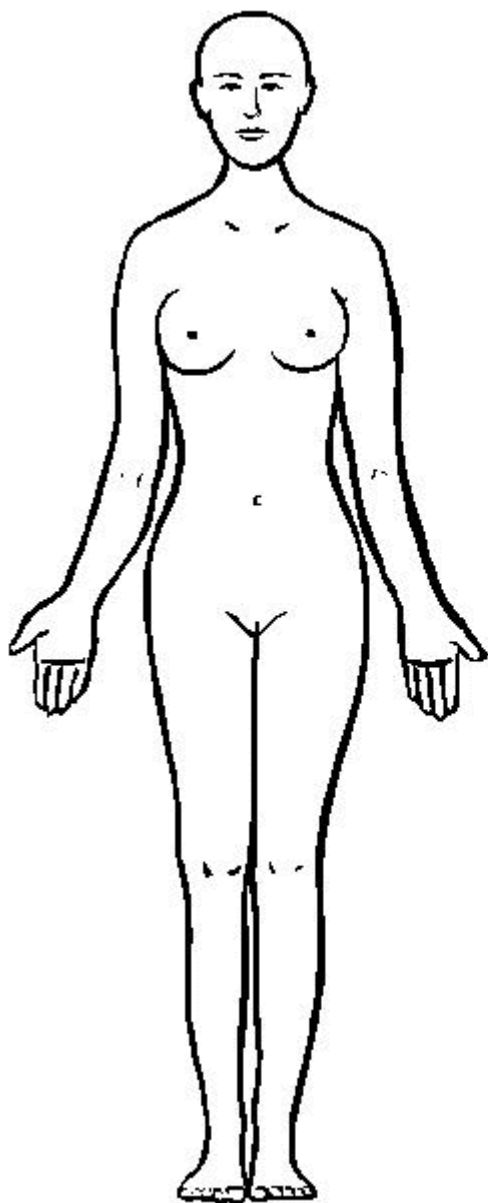
### Letzte Arztbesuche / Therapien (Monatsangabe)

	Wann zuletzt		
Zahnheilkunde			
HNO			
Gynäkologie			
Urologie			
Kardiologie			
Pulmologie			
Gastroenterologe/in			
Orthopädie			
Physiotherapie			
Massage			
Akupunktur			
Neurologie			
Psychiatrie			



DR. CHARLOTTE PHILIPP

Schmerzzonen bitte ankreuzen



Frühere Erkrankungen



DR. CHARLOTTE PHILIPP

Herpes-Infektionen,  
Ihr damaliges Alter

---

Gürtelrose  
Ihr damaliges Alter

---

Neurodermitis  
Ihr damaliges Alter

---

Mittelohrentzündungen,  
Ihr damaliges Alter

---

Nasennebenhöhleninfektionen,  
Ihr damaliges Alter

---

Blinddarmreizungen,  
Ihr damaliges Alter

---

Wiederkehrende Mandel /  
Halsentzündungen,  
Ihr damaliges Alter

---

Schilddrüse,  
Ihr damaliges Alter

---

Pilzerkrankungen,  
Ihr damaliges Alter

---

Unfälle, welche, wann

- Schnitt- und Platzwunden
- Knochenbrüche

Operationen welche?  
Ihr damaliges Alter

---

Probleme mit der Leber  
Ihr damaliges Alter

---

Gallenprobleme,  
Ihr damaliges Alter

---

Probleme mit dem Darm  
Ihr damaliges Alter

---

Blase,  
Ihr damaliges Alter

---

Prostata  
Ihr damaliges Alter

---

Gebärmutter, Eierstöcke  
Ihr damaliges Alter

---

Probleme mit dem Herzen,  
Ihr damaliges Alter

---

Nierenerkrankungen,  
Ihr damaliges Alter

---

Krebs  
Ihr damaliges Alter

---





DR. CHARLOTTE PHILIPP

<b>Bekommen Sie Kopfschmerzen, Übelkeit oder Unbehagen durch</b>	<b>ja</b>		<b>nein</b>	
Zigarettenrauch				
WC-Enten				
Duftkerzen				
Benzingeruch				
Deos, Stix,				
Lösungsmittel (Nitro)				
Nagellackentferner				
Räucherstäbchen				
<b>Umwelt und Verhalten und Gewohnheiten</b>	<b>nein</b>	<b>selten</b>	<b>öfters</b>	<b>häufig</b>
<b>Haben oder hatten Sie Kontakt mit Giften</b>				
Schimmel				
Chemikalien				
Lösungsmittel				
Pestizide				
.....				
<b>Bewegung</b>				
Leistungssport				
Krafttraining				
Ausdauertraining				
Leichte Bewegung				
Anstrengender Sport (Marathon, Tennis,..)				
<b>Wieviel Wasser trinken Sie?</b>				
Wasser				
Filterkaffee				
Kaffee (Espressi)				
Schwarztee/ Grüntee				
Lightprodukte				
Erfrischungsgetränke aus Plastikflaschen				
Kohlensäurehaltige Wasser aus Plastikflaschen				
Alkohol: Bier, Wein				
Hochprozentiges				
<b>Sonstiges</b>				
Piercings				
Tattoos				
Rauchen aktiv				
Rauchen passiv				
Chem. Haarfärbemittel				



DR. CHARLOTTE PHILIPP

<b><i>Umwelt und Verhalten</i></b>	nein	selten	öfters	häufig
<b><i>Exposition mit Umweltsubstanzen</i></b>				
<b>Äußere Faktoren</b>				
Kontakt mit Autoabgase, Treibstoffgeruch, Ruß, Diesel				
Industrieabgase				
Müllverbrennungsanlage				
Düngemittel von Feldern				
Insektenschutzmittel, Spritzmittel				
Einflugschneise				
Sendemasten, Umspannanlagen				
Lärmbelästigung durch Verkehr				
Elektrifizierte Bahnstrecke näher < 500 m				
<b>Innenraum</b>				
Gipskartonwände				
Holzverkleidung, - Holzschutzmittel				
Antikmöbel				
Schimmelpilz in Matratze, Federpolster				
Feuchtigkeit, modriger Geruch				
Zimmerpflanzen				
Wohnraumrenovierung zuletzt				
Farbstoffe (Lacke, Wandfarben...)				
Lösungsmittel				
Orientteppiche				
geklebte Teppichböden				
Laminat				