



DR. CHARLOTTE PHILIPP

Vorname _____

Nachname _____

Titel -vor gestellt _____

Titel -nach gestellt _____

Straße / Hausnummer _____

PLZ / Ort / Land _____

@-mail _____

Mobil / Telefonnr. _____

Soz.vers.nr. _____

Versicherung _____

Mitversichert _____

Privat**arzt**vers. bei _____

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 des Zeitaufwandes (persönlich, telefonisch, videotelefonisch), sowie erbrachter Sonderleistungen (Infusionen, Bestätigungen, Arztbriefe, Rezepte, Verordnungen, die nicht innerhalb einer Ordination erfolgen) 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, LADR, MTM, direkt an den Patienten. Insofern erklärt der Patient sein Einverständnis zur Weitergabe der erforderlichen personen- gebundenen Daten an die beteiligten Labore.

4.)

Die für den Patienten bestimmten Privatabrechnungen sind nach Konsumation sofort als Barzahlung oder mittels Überweisung innerhalb von 2 Wochen fällig. Eine etwaige Ratenzahlung nach Absprache ist möglich.

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 € 120,-** gestellt werden.

Der Behandlungsvereinbarung wird zugestimmt. Ein Exemplar wurde ausgehändigt

Datum:

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
 leibliche 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
.....

Nickel andere Metalle sonstige

Hausstaubmilben Schimmelpilze

Medikamente

Lebensmittel

Gab es Impfreaktionen, welche?

Unverträglichkeiten, welche? Milchzucker Fruchtzucker Sorbit Gluten sonstige



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"/>	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 Geheitztheit	<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"/>	nach Stress Fiebrigkeitsgefühl	<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"/>	Halsschmerzen	<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"/>



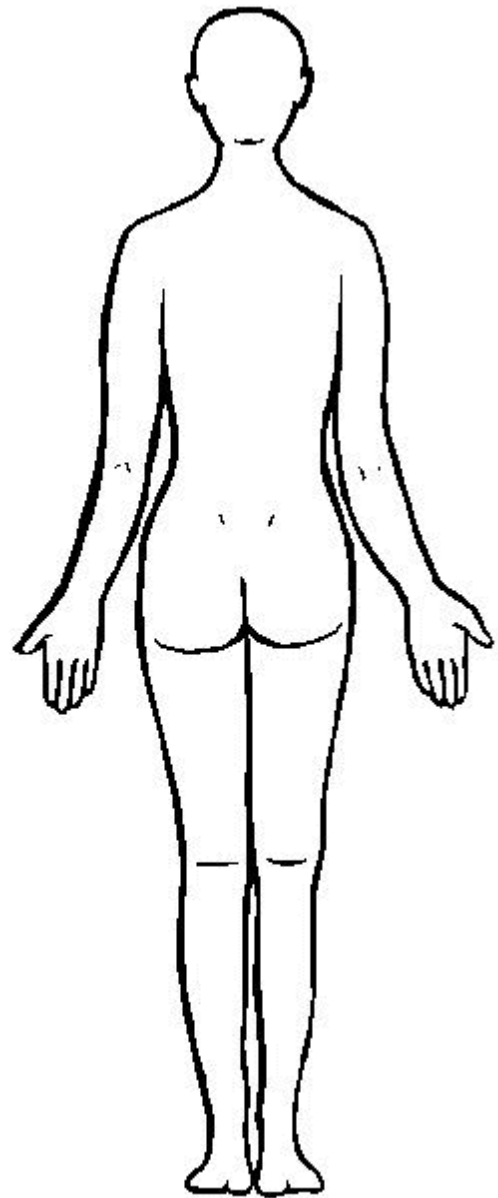
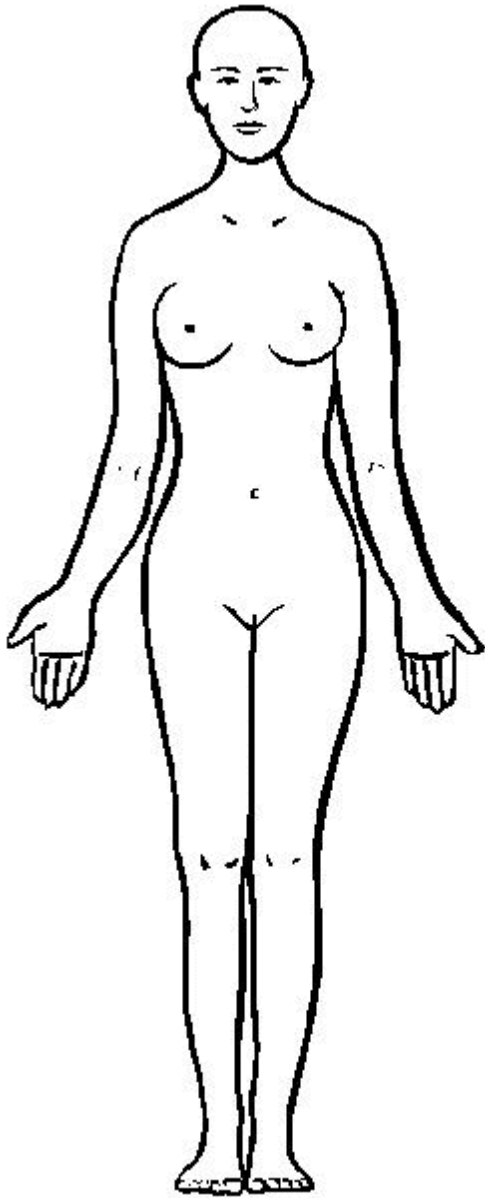
DR. CHARLOTTE PHILIPP

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					
aktuell		früher	aktuell		früher
<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"/>	Jucken im Gehörgang	<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 Nierenbereich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Harninkontinenz/Harnträufeln	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Prostatavergrößerung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Libidoverlust	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Brustschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hitzeschübe	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Entzündungen im Genitalbereich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Regelstörungen u. -Schmerzen <i>Letzte Blutung:</i>	<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

Schmerzzonen bitte ankreuzen



11/2022



DR. CHARLOTTE PHILIPP

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



DR. CHARLOTTE PHILIPP

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



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

Frühere Erkrankungen

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

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

Unfälle, welche, wann

Schnitt- und Platzwunden

Knochenbrüche

Operationen welche?

Ihr damaliges Alter



DR. CHARLOTTE PHILIPP

TIMELINE LIFE EVENTS (– zum Nachdenken)

Besonderheiten

in SS/ Geburt

3.-5. Lj

6.-10.Lj

11.-14.Lj

15.-19.Lj

-30

-40

-50

-60

-70

-80

-90