

# Habichtswald-Klinik

Habichtswald-Klinik · Wigandstr. 1 · 34131 Kassel

Ihr Ansprechpartner: Herr Dr. Schmiedel  
Telefon: 0561/3108-101  
Telefax: 0561/3108-104  
E-Mail-Adresse:  
schmiedel@habichtswaldklinik-ayurveda.de

## Check & Coach der Internistischen Naturheilkundlichen Ambulanz

Wir praktizieren in unserer Klinik eine Ganzheitsmedizin, die nicht nur Körper, Seele und Geist berücksichtigt, sondern auch der psychosozialen Umgebung, den Umweltfaktoren sowie dem spirituellen Bereich eine große Bedeutung beimisst.

Dazu gehört, dass wir uns sowohl schulmedizinischer Diagnostik (z. B. Laboruntersuchungen, Belastungs-EKG) als auch naturheilkundlicher Untersuchungen (z. B. Stuhlfloraanalyse, Regulationsthermografie) bedienen. Auch wenn wir einige „Check ups“ anbieten, legen wir großen Wert darauf, bei Ihnen nur die diagnostischen Maßnahmen durchzuführen, die wirklich sinnvoll sind und die wir gemeinsam festlegen, damit Ihnen unnötige Untersuchungen und Kosten erspart bleiben.

In unserer Übersicht der Check ups können Sie erkennen, welche Leistungen wir in unserer Ambulanz zu welchen Kosten erbringen. Dabei beschränken wir uns nicht nur darauf, diagnostische Befunde zu erheben, sondern verbinden den Check stets mit einem umfassenden Coaching, d. h.:

- Alle Befunde werden Ihnen ausgehändigt.
- Sie erhalten eine umfangreiche Beratung der Konsequenzen dieser Befunde.
- Wenn Nachuntersuchungen sinnvoll sind, wird Ihnen genau mitgeteilt, welche Nachuntersuchungen in welchen Zeitabständen erforderlich sind.
- Auf Wunsch können Sie eine schriftliche Zusammenfassung aller Ergebnisse und der Therapieempfehlungen erhalten.
- Nicht das planlose Durchführen der Check ups verbessert Ihre Gesundheit, sondern nur ein gezieltes und differenziertes Vorgehen sowie das anschließende Befolgen der entsprechenden Konsequenzen. Daher legen wir so viel Wert auf unser ganzheitliches Check & Coach.

### So können Sie sich gut vorbereiten:

Wenn Sie folgende Punkte beachten, können wir bei Ihrem Arztgespräch viel Zeit sparen:

- Füllen Sie bitte den beigefügten Anamnese-Fragebogen sorgfältig und knapp aus (keine Romane!), markern oder unterstreichen Sie das wirklich Wesentliche.
- Lesen Sie sich die Privatvereinbarung gut durch und unterschreiben Sie beide Exemplare (wenn Sie keine weiteren Fragen oder Einwände haben).

- Bringen Sie alle wichtigen Untersuchungsbefunde, Laborberichte etc. sowie Ihre Medikamente mit – auch pflanzliche und homöopathische Medikamente sowie Nahrungsergänzungspräparate sind wichtig.

**So finden Sie uns (siehe auch Karte zum Downloaden):**

Wenn Sie mit dem Auto kommen:

- Autobahnabfahrt Kassel-Wilhelmshöhe
- Folgen Sie den Hinweisschildern zum Schloss Wilhelmshöhe
- Kurz vor dem Schloss, bevor die Straße nach rechts führt, biegen Sie links in die Wigandstraße ab.
- Nach 20 Metern sind Sie direkt an der Klinik
- Wenn Sie an der Straße keinen Parkplatz finden, holen Sie sich bitte einen Parkschein für die Tiefgarage der Klinik (Kosten € 2,00).
- An der Rezeption fragen Sie bitte nach dem Zimmer von Herrn Dr. Schmiedel.

Wenn Sie mit der Bahn anreisen:

- Steigen Sie am ICE-Bahnhof Kassel-Wilhelmshöhe aus.
- Gehen Sie zu Fuß die Wilhelmshöher Allee Richtung Schloss (20-30 Minuten) oder
- fahren Sie mit der Straßenbahn Linie 1 bis zur Endstation „Wilhelmshöhe“ (ca. 10 Min.) oder
- lassen Sie sich mit dem Taxi zur Klinik fahren (ca. 5 Min.).

Für Ihre Mitarbeit bedanke ich mich im Voraus und würde mich freuen, Sie in unserer Ambulanz naturheilkundlich behandeln zu dürfen.

Mit freundlichen Grüßen und den besten Wünschen für Ihre Gesundheit

Dr. med. Volker Schmiedel  
Facharzt für Physikalische und Rehabilitative  
Medizin, Naturheilverfahren, Homöopathie  
Chefarzt der Inneren Abteilung

Anlagen

**Liebe(r) Patient(in),**

der folgende Fragebogen hilft Ihnen und mir, Ihre Beschwerden und mögliche Ursachen näher einzugrenzen. Wir sparen hierdurch Zeit bei der persönlichen Befragung, die uns dann für andere wichtige Untersuchungen und Beratungen zur Verfügung steht. Bitte beantworten Sie die Fragen, so gut Sie es vermögen. Eine stichwortartige Beschreibung ist dabei völlig ausreichend. Sind mehrere Antwortmöglichkeiten vorgegeben, so können Sie die zutreffenden auch markieren (unterstreichen oder mit Marker überschreiben). Machen Sie sich ggf. weiterführende Notizen auf einem gesonderten Blatt Papier. Bitte fügen Sie ärztliche oder Laborbefunde – so weit vorhanden – in Kopie bei. Ihre Angaben unterliegen selbstverständlich der Schweigepflicht.

**Name, Vorname:** \_\_\_\_\_

**Geburtsdatum:** \_\_\_\_\_

**Adresse:** \_\_\_\_\_

**Telefon:** \_\_\_\_\_

**Unter welchen körperlichen Beschwerden leiden Sie?** (Art der Beschwerden, Körperregion, Intensität, Häufigkeit, Auslöser, Ausstrahlung)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Gibt es vegetative Begleitsymptome?** (z. B. Übelkeit, Schwindel, Schwitzen, Schwäche, Zittern, Ameisenlaufen)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Gibt es psychische Begleitsymptome?** (z. B. Ängste, starke Erschöpfung, Überempfindlichkeit gegen äußere Eindrücke, Nervosität, Schlafstörungen)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Wann traten Ihre Beschwerden erstmals auf?**

Im Jahre \_\_\_\_\_ Im Alter von \_\_\_\_\_

Vor \_\_\_\_\_ Tagen/Wochen/Monaten

Nach einem Ereignis wie Berufswechsel, Umzug, Scheidung, Todesfall \_\_\_\_\_

**Unter welchen Umständen werden die Beschwerden gebessert oder verschlechtert?** (z. B.

Ärger, Bewegung, Essen, Kälte, Liegen, Ruhe, Sitzen, Stehen, Schlafen, Stress, Wärme, vor/während/nach der Periode etc. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Wie ist Ihr Stuhlgang?**

Geformt, weich, breiig, flüssig, hart, \_\_\_\_\_ mal pro Tag/Woche, sauer/faulig riechend, klebt stark an der Schüssel, Farbe \_\_\_\_\_.

**Welche Beschwerden werden durch Nahrungs-/Genussmittel verstärkt?** (z. B. Brot, Eier, Fisch, Fleisch, Früchte, Hülsenfrüchte, Kaffee, Milchprodukte, Nüsse, Rohes, Saures, Schokolade, Süßes, Zigaretten, Zitrusfrüchte) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Wie viele Amalgamplomben/Goldplomben haben Sie im Mund?** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**Wenn saniert wurde, wann?** \_\_\_\_\_ **Wie viele Plomben hatten Sie vorher?** \_\_\_\_\_

**Wie wurde ausgeleitet?** \_\_\_\_\_

**Welche Erkrankungen hatten Sie schon?** (bitte unterstreichen oder markern)

Diphtherie, Hepatitis, Keuchhusten, Masern, Mumps, Röteln, Scharlach, Windpocken, TBC  
Allergien, Asthma, Bluthochdruck, erhöhte Blutfette, erhöhte Harnsäure, Heuschnupfen,  
Neurodermitis, Psoriasis, Rheuma  
Andere Krankheiten (z. B. Bandscheibenvorfall, Gallensteine, Krebs, Magengeschwür)

---

---

**Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit ein?** (genaue Bezeichnung, Dosierung, auch pflanzliche und homöopathische Mittel, Vitamine, Mineralstoffe etc.)

---

---

---

**Welche Genussmittel konsumieren Sie in welcher Menge?**

Kaffee/Schwarztee/Grüntee \_\_\_\_\_ Tassen tgl., Zigaretten \_\_\_\_\_ tgl., Bier/Wein/ \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Gläser tgl./wö./mon.

**Welche Naturheilverfahren wurden bei Ihnen schon angewendet?** (z. B. Akupunktur, Anthroposophie, Ayurveda, Bachblüten, Bioresonanz, Eigenblut, Enzyme, Heilfasten, F. X. Mayr, Homöopathie, Manuelle Medizin, Neuraltherapie, Orthomolekulare Therapie, Reflexzonenmassagen, Sauerstoff/Ozon, Symbioselenkung, Thymus, Yoga) \_\_\_\_\_

---

**Wie ernähren Sie sich?** (z. B. gut bürgerlich, vollwertig, vegetarisch, makrobiotisch, ayurvedisch) \_\_\_\_\_

**Welchen Sport treiben Sie?** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_mal pro Woche.

**Was sind die 5 wesentlichsten Änderungen der letzten 10 Jahre?** (z. B. Heirat, neuer Job)

- a) \_\_\_\_\_ b) \_\_\_\_\_
- c) \_\_\_\_\_ d) \_\_\_\_\_
- e) \_\_\_\_\_

**Welche 5 Dinge wollen Sie in den nächsten 10 Jahren verändern oder verwirklichen?**

- a) \_\_\_\_\_ b) \_\_\_\_\_
- c) \_\_\_\_\_ d) \_\_\_\_\_
- e) \_\_\_\_\_

**Was ist Ihr sehnlichster Wunsch (auch wenn er unerfüllbar ist)?**

---

**Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!**

**Dr. med. Volker Schmiedel, Habichtswald-Klinik, Innere Abteilung,  
Wigandstr. 1, 34131 Kassel  
Tel.: 0561/3108-101, Fax: 0561/3108-104  
e-mail: schmiedel@habichtswaldklinik-ayurveda.de**

# Check ups

## Herz-Kreislauf-Check

Bezeichnung	GOÄ-Ziffer	Euro
Auskultation des Brustkorbes	7	21,45
Belastungs-EKG	652	59,66
24-Stunden-EKG	659	41,97
24-Stunden-Blutdruckmessung	654	15,74
		138,82

## Lungen-Check

Bezeichnung	GOÄ-Ziffer	Euro
Auskultation des Brustkorbes	7	21,45
Lungenfunktionsprüfung	605+605A	40,08
		61,53

## Herz-Check

Bezeichnung	GOÄ-Ziffer	Euro
Auskultation des Brustkorbes	7	21,45
Echokardiographie	423	67,03
		88,48

## Stoffwechsel-Check

Bezeichnung	GOÄ-Ziffern	Euro	Euro
Blutentnahme	250		4,20
<b>Leberwerte:</b> GOT, GPT, AP, Gamma-GT	3594, 3595, 3587, 3592	à 2,68	10,72
<b>Fettwerte:</b> Cholesterin, Triglyceride, HDL, LDL	3562, 3565, 3563, 3564	à 2,68	10,72
<b>Nierenwerte:</b> Kreatinin, Harnsäure, Urinstatus	3585, 3583 3652	à 2,68	5,36 2,35
Gesamt-Eiweiß Eiweiß-Elektrophorese	3573 3574		2,01 13,41
<b>Blutgerinnung:</b> Quick PTT	3607 3605		3,35 3,35
<b>Blutbild:</b> Erythrozyten, Leukozyten, Thrombozyten	3550		4,02
<b>Entzündung:</b> BSG CRP	3711 3741		2,68 13,41
Schilddrüse: TSH		4030	23,46
Prostata: PSA		3908	20,11

## Vitamin-Mineral-Check

Bezeichnung	GOÄ-Ziffern	Euro	Euro
<b>Mineralien:</b> Kalium, Magnesium, Zink, Eisen, Kupfer	3557, 3621, 4135, 3620, 4131		20,10
<b>Vitamine:</b> Folsäure, Vitamin B 12 Vitamin B 6 Vitamin A Vitamin C Vitamin E Coenzym Q 10 Glutathion	4140 4146 4141 A3776 4142 A4141 A3737	à 16,76	33,52 33,22 24,13 20,10 24,13 24,13 33,22

### Hormon-Check

Bezeichnung	GOÄ-Ziffer	Euro
DHEA	4038	23,46
Melatonin, Kreatinin	4062 3585	32,18 2,68
Testosteron	4042	23,46

### Neuer Gefäßrisikofaktoren-Check

Bezeichnung	GOÄ-Ziffer	Euro
Homocystein	3737	38,21
Lipoprotein (a)	3730	20,11
Fibrinogen	3933	6,70
CRP sensitiv	3741	13,41

### Osteoporose-Check

Bezeichnung	GOÄ-Ziffer	Euro
Parathormon	4056	21,54
Knochen-AP	4062	32,17
25-Hydroxy Vitamin D, 1,25-Dihydroxy Vitamin D	4138,4139	21,55
Kalzium	3555	2,68
Phosphat	3580	2,68
AP	3587	2,68
Eiweiß Gesamt im Urin	3537	4,69
Pyridinolin im Urin	A4078	38,21
Kreatinin im Urin	3585	2,68

### Stuhl-Check

Bezeichnung	GOÄ-Ziffer	Euro
<b>Screening:</b>		
Darmflora		49,02
Ausnutzung der Nährstoffe		7,37
<b>Screening plus:</b>		
zusätzlich		
Pankreas-Elastase		27,98
PMN-Elastase		19,44
Gallensäuren		19,44

### Immun-Check

Bezeichnung	GOÄ-Ziffer	Euro
Zellulärer Immunstatus	5x3696	191,05

Hinzu kommen noch die Kosten für Beratungen, je nach zeitlichem Aufwand, z.B.:

Bezeichnung	GOÄ-Ziffer	Euro
Kurze Beratung	1	10,72
Eingehende Beratung (mindestens 10 Minuten)	3	20,11
Einleitung und Koordination therapeutischer Maßnahmen bei chronisch Kranken	15	40,22
Erörterung (mindestens 10 Minuten) der Auswirkung einer Krankheit auf die Lebensgestaltung	34	40,22
Erhebung der homöopathischen Erstanamnese (mind. 1 Stunde)	30	120,65
Homöopathische Folgeanamnese (mind. 30 Minuten)	31	60,33

# Vereinbarung über Privatbehandlung

Patient:

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Ich beantrage ab \_\_\_\_\_ (Datum)

für mich selbst  
gesondert berechenbare *privatärztliche Behandlungen*  
durch

- *Herrn Dr. Volker Schmiedel, Chefarzt der Inneren Abteilung der Habichtswaldklinik.*
- *Herrn Dr. D.-I. Wolfrum, Chefarzt der Onkologischen Abteilung der Habichtswaldklinik (Laborleistungen werden über Dr. Wolfrum abgerechnet).*
- *Mir ist bekannt, dass eine Erstattung des Rechnungsbetrages durch Krankenkassen nicht immer gewährleistet ist und ich in diesem Fall die Kosten zu tragen habe (z.B. bei Elektroakupunktur nach Voll).*
- *Die Rechnung wird nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erstellt:*
  - *ärztliche Leistungen, wie Beratungen, Untersuchungen 2,3-facher Steigerungssatz*
  - *medizinisch-technische Leistungen 1,8-facher Steigerungssatz (Ausnahme Regulationsthermographie 2,5-fach)*
  - *Laborleistungen 1,15-facher Steigerungssatz*
  - *physikalische Leistungen 1,8-facher Steigerungssatz (z.B. Wasseranwendungen, Massagen, Gymnastik)**Abweichungen hiervon erfolgen nur mit besonderer Begründung.*
- *Die Abtretung der Forderung und die Abrechnung erfolgt durch die der Schweigepflicht unterliegenden Ärztlichen Verrechnungsstelle, Büdingen GmbH. Dieser werden nur die zur Honorarabrechnung erforderlichen Angaben mitgeteilt (Anschrift, Geburtsdatum, Leistungstext, Behandlungsdaten und Diagnosen).*
- *Einsichtnahme in die GOÄ ist im Chefarztsekretariat der Inneren Abteilung jederzeit möglich (auf der Rückseite finden Sie die für uns wichtigsten Gebührensätze).*

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten

\_\_\_\_\_  
Ambulanz-Arzt Dr. Schmiedel

**Als Serviceleistung bieten wir Ihnen an, Sie an fällige Untersuchungstermine schriftlich oder telefonisch kostenlos zu erinnern. Ich bin mit diesem Service einverstanden:**

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

# *So finden Sie uns am schnellsten...*

## ⌘ Naturheilkundliche Privatambulanz

Dr. Volker Schmiedel

FA für Physikalische und Rehabilitative Medizin

Chefarzt der Inneren Abteilung

Habichtswaldklinik-Kassel

34131 Kassel

Tel. 0561-3108-101 FAX 0561-3108-101

e-mail: [schmiedel@habichtswaldklinik-ayurveda.de](mailto:schmiedel@habichtswaldklinik-ayurveda.de)

[www.wicker-kliniken.de](http://www.wicker-kliniken.de) [www.habichtswaldklinik-ayurveda.de](http://www.habichtswaldklinik-ayurveda.de)

