

Liebe Patientin, lieber Patient, bitte nehmen Sie sich die Zeit und füllen den Fragebogen so genau wie möglich, aber bitte nur mit Stichworten, aus. Auch wenn Ihnen die eine oder andere Frage unwichtig für Ihr Anliegen erscheint - es hilft, Ihre Behandlung genau auf Sie abzustimmen und verschafft mir einen ersten Überblick. Fragen, die Sie nicht beantworten können oder wollen, lassen Sie bitte einfach frei. Alle Ihre Angaben werden selbstverständlich streng vertraulich behandelt.

Name	Geburtstag
Vorname	Familienstand + Kinder:
Straße	Blutgruppe
PLZ, Ort	Gewicht Körpergröße
Tätigkeit	Privat-/Zusatzversicherung f. Heilpraktikerkosten (welche?):
Tel tagsüber:	
Tel abends:	Beihilfe: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
E-mail	

Durch wen sind Sie auf mich gekommen?

(Falls Sie mich im Internet gefunden haben: Erinnern Sie sich noch über welche Seite?) _____

Geschäftsbedingungen / AGB

Bitte sorgfältig durchlesen, um eventuellen Missverständnissen vorzubeugen.

1. Bezahlung / Kosten

Das abgesprochene Honorar ist sofort nach jeder Behandlung in bar (oder per EC Kartenzahlung) fällig - unabhängig von einer eventuellen Erstattung durch private Krankenversicherungen. Ebenso ist das Honorar in jedem Fall in voller Höhe zu entrichten, auch wenn Ihre Versicherung nur einen Teil übernimmt. **Kosten Ersttermin: 180 €.** Folgetermine: 100 € pro Stunde. Telefontermine, bzw. Beratungen per Email werden nach Zeitaufwand in Rechnung gestellt.

2. Terminvereinbarungen / Absagen

Da ich eine Terminpraxis führe und meinen Patient/Innen lange Wartezeiten ersparen möchte, bitte ich Sie, die vereinbarten Termine **unbedingt einzuhalten**. Falls Sie einen vereinbarten Termin dennoch einmal nicht einhalten können, benachrichtigen Sie mich bitte so bald wie möglich, **spätestens** jedoch **24** Stunden (Ersttermin: 48 Stunden) vorher **telefonisch*** (bei Montagsterminen entsprechend am Freitag). Andernfalls wird eine **Ausfallgebühr** entsprechend der für Sie reservierten Zeit in Rechnung gestellt. Diese Gebühr wird nicht von der Versicherung übernommen. Bitte haben Sie Verständnis, das diese Regelung **unabhängig** vom Grund der Absage gilt.

*Terminabsagen bitte ausschließlich telefonisch (mein Anrufbeantworter zeichnet ggf. ihre Nachricht zuverlässig auf und wird von mir regelmäßig abgehört).

Erklärung der Patientin / des Patienten:

Die AGB habe ich gelesen. Mit meiner Unterschrift und einer Terminvereinbarung erkenne ich sie verbindlich an.

Ort, Datum, Unterschrift

Bitte beachten Sie auch die Datenschutzerklärung auf der letzten Seite und betätigen Ihr Einverständnis.

Meine Frage

Ihre Antwort (Bitte nur in Stichworten!!!, geben Sie möglichst genau an: Was, wann, seit wann, wie, wo, wodurch ausgelöst)

Was führt Sie zu mir? Was ist Ihr Anliegen?

Was war unmittelbar (einige Tage bis wenige Wochen) **vor dem ersten Auftreten Ihrer jetzigen Beschwerden?**
z.B. eine Erkrankung, Kummer, Trauer, Schreck, Operation, Veränderungen in Beruf oder Privatleben, Hautausschläge, Medikamente, Diäten, Zahnbehandlungen,

Womit bringen Sie Ihre Beschwerden in Verbindung?

Gibt es Befunde /Untersuchungen/ Röntgenaufnahmen/ bisherige oder parallele Behandlungen dieser Beschwerden? Welche?

Bitte besorgen Sie sich Kopien von Ihren Arztbefunden (Blutuntersuchungen etc.) aus den letzten 1-2 Jahren und bringen diese zum Ersttermin mit.

Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit/ regelmäßig ein? Dosierung? Medikament bitte auch zum Ersttermin mitbringen. Bitte auch Nahrungsergänzungsmittel und Hormone (z.B. „Pille“) mitbringen.

Wie ernähren Sie sich (Essen Sie nach bestimmten Ernährungsrichtlinien? Diäten?
z.B. auch Vegetarisch, Bio....)

Was und wie viel trinken Sie pro Tag?

Trinken Sie Alkohol? Was + wie viel?

Rauchen Sie? Was + wie viele?

Nehmen Sie Drogen / Stimulanzien?
Was + wie viel?

Machen Sie Sport, wie oft, welchen?

Wie viele Stunden schlafen Sie?
Wann gehen Sie normalerweise zu Bett, wann stehen Sie auf?

Wie ist Ihr Schlaf?
z.B.: Schlaflosigkeit, häufiges Erwachen (Uhrzeit), Einschlafstörungen, Sprechen im Schlaf, Unruhe, Nacht-schweiße, heiße Füße, Zähneknirschen,

Meine Frage

Ihre Antwort (Bitte nur in Stichworten!!!, geben Sie möglichst genau an: Was, wann, seit wann, wie, wo, wodurch ausgelöst)

Sind bei Ihnen Allergien bekannt?

z.B. Pollen (wann/ welche), Medikamente, Nahrungsmittel, Sonstiges

Welche (Auffrisch-)Impfungen haben Sie bekommen / wann? Gab es

Reaktionen auf Impfungen?
z. B. Fieber, Krämpfe, Unruhe, Schlaflosigkeit, Verhaltensveränderungen..

Welche Infektionskrankheiten haben Sie durchgemacht? Z.B.:

Masern, Mumps, Röteln, Keuchhusten, Windpocken, Scharlach, Tetanus, Kinderlähmung, Malaria, Salmonellose, Ruhr, Pfeiffersches Drüsenfieber, Gonorrhöe, Syphilis, Tropenkrankheiten, Tuberkulose,

Haben oder hatten Sie Beschwerden / Erkrankungen / Verletzungen in folgenden Bereichen: (Seit) wann, wie
Bitte geben Sie auch an, wann + woran Sie operiert worden sind!

Leiden Sie unter Kopfschmerzen? Wie

oft, welcher Bereich, wann, wie z.B.

Haare z.B.

Haarausfall, kreisrunder, vereinzelter

Augen z.B. Bindehautentzündung, kurzsichtig, weitsichtig, Grauer Star, Macula-Degeneration usw.

Ohren z.B. Tinnitus, Schwerhörigkeit, Entzündungen (links / rechts?)

Zähne

Zahnfüllmaterialien: Amalgam O, Kunststoff O, Gold O, Keramik O, Sonstiges:

Wurzelbehandelte Zähne, Anzahl , welche?:

Implantate, Anzahl, welche?:

Nase z.B.

Nasennebenhöhlenentzündungen, behinderte Nasenatmung, Nase verstopft

Mandeln z.B. häufige Mandelentzündungen (als Kind / heute)

Schilddrüse z.B. Überfunktion, Unterfunktion, Vergrößerung,

Herz z.B. Stechen, Druckgefühl, Infarkt, Beklemmung, Rhythmusstörungen

Lunge /Atemwege z.B. Entzündung, Bronchitis, häufiger Husten, Asthma

Leber z.B. Entzündung – Hepatitis

Galle z.B. Steine, Koliken

Magen z.B. Völlegefühl, Gastritis, Appetitlosigkeit, unverträgliche Speisen

Darm z.B. Infektionen, Hämorrhoiden, Blinddarmoperation, Blähungen - Geruch

Stuhlgang wie, wie oft, (z.B. täglich, jeden 2.3.4. Tag, unregelmäßig, Neigung zur Verstopfung, Neigung zum Durchfall)

Meine Frage

Ihre Antwort (Bitte nur in Stichworten!!!, geben Sie möglichst genau an: Was, wann, seit wann, wie, wo, wodurch ausgelöst)

Arme Schmerzen, Tennisellenbogen, Kribbeln, kalte Hände usw.

Beine Verletzungen, Schmerzen, Krampfadern, Operationen, kalte Füße, Kribbeln, Taubheitsgefühl

Rücken/ Wirbelsäule: Verletzungen, Hexenschuß, Verspannungen, Belastungen, Rheuma, Operationen

Haut/Nägel z.B. Verbrennungen, Geschwüre, Hautjucken, Warzen, Pilze, eingewachsene Nägel, Nagelbettentzündungen

Haben Sie durch Operationen oder Verletzungen Narben? Wo

- auch kleine!
- Piercings, Tätowierungen etc.?

Geschlechtsorgane / Hormonsystem

Brust Zysten, Tumore, Spannungsschmerz, Mastitis...

Unterleib / Geschlechtsorgane z.B. Ausfluss, Eierstockentzündungen, Ausschabungen, Fehlgeburten, Tumore, Zysten, Myome, Pap-Befunde

Menstruation: In welchem Alter war die erste Menses, Beschwerden vor - nach - während der Regel - welche .

Klimakterische Beschwerden? Welche? In welchem Alter war die letzte Menstruation

Penis, Prostata Entzündungen, Beschwerden beim Wasserlassen, Operationen, Infektionen, Sonstiges

Niere/Blase z.B. Nierensteine, Entzündungen - wie häufig?

Harn viel, wenig, häufig, kann nicht halten, Geruch nach

Sexualität z.B. vermindert, verstärkt, unbefriedigt, schmerzhaft

Benutzen Sie Verhütungsmittel? Welche?

Gehirn z.B. Schlaganfall, Krampfleiden

Psyche / Nervensystem Nervenzusammenbruch, Depressionen, Burnout

Welche Krankheiten sind Ihnen in Ihrer Familie bekannt? Eltern, Großeltern, Urgroßeltern, Geschwister. (wer / wann/ was)

Meine Frage

Ihre Antwort (Bitte nur in Stichworten!!!, geben Sie möglichst genau an: Was, wann, seit wann, wie, wo, wodurch ausgelöst)

Die folgenden Fragen beschäftigen sich mit emotionalem Stress und Ihrer Alltagssituation / Lebensumständen.

Haben Sie eine Partnerin, einen Partner?
Wie zufrieden sind Sie mit der Situation?

Wie würden Sie Ihre sozialen Kontakte beschreiben? (Z.B. gut, gesellig, lieber alleine, gut eingebunden, unzufrieden)

Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer beruflichen Situation?

Gab oder gibt es Stress im Berufsleben / Ausbildung/ Studium (auch durch Arbeitslosigkeit, Mobbing, etc.)

Gibt es dort, wo Sie sich oft aufhalten Belastungen durch z.B.: Schimmel, Lärm, Abgase, Rauch, Chemikalien, Ausdünstungen, Elektrosmog

Chronologie der (Kranken)geschichte

Bitte erfassen Sie alle bisherigen (größeren) Erkrankungen und Operationen, die Sie durchgemacht haben, **stichwortartig** mit Jahreszahl davor:

Chronologie der wichtigsten Ereignisse

Bitte geben Sie **stichwortartig** (mit Jahreszahl davor) wichtige Ereignisse in ihrem Leben an, z.B. von Umzug bis Trennung, Beziehungen, Todesfälle, Geburten, Arbeitswechsel, Schulwechsel, oder alles, was für **Sie** selbst einschneidend war.

Patient_inneninformation / Einwilligungserklärung zum Datenschutz

Nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) bin ich verpflichtet, darüber zu informieren zu welchem Zweck in der Praxis Daten erhoben, gespeichert oder weiterleitet werden und welche Rechte für Sie damit verbunden sind. Der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten ist mir wichtig und komme mit dieser Information dieser Pflicht nach. Verantwortlich für die Datenverarbeitung bin ich persönlich.

Zweck der Datenverarbeitung: Die Datenverarbeitung und Erhebung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben

- um Sie als Patient_in identifizieren zu können
- um eine Diagnose zu stellen
- um eine individuelle Behandlung und Beratung zu gewährleisten
- zur Rechnungsstellung
- zur Korrespondenz
- zur Abwicklung von evtl. vorliegenden Haftungsansprüchen sowie der Geltendmachung etwaiger Ansprüche aus dem Behandlungsvertrag

Empfänger der Daten: Ich übermittle Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben. Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten können vor allem andere Therapeuten, Krankenkassen, Labore oder Abrechnungsstellen sein. Die Übermittlung erfolgt überwiegend zum Zwecke der Abrechnung der bei Ihnen erbrachten Leistungen, zur Klärung von medizinischen und sich aus Ihrem Versicherungsverhältnis ergebenden Fragen. Im Einzelfall erfolgt die Übermittlung von Daten an weitere berechtigte Empfänger.

Speicherung der Daten: Ich bewahre Ihre personenbezogenen Daten nur solange auf, wie dies gesetzlich erforderlich ist. Ich erhebe, nutze und verarbeite personenbezogene Daten ausschließlich, zum Zwecke der heilkundlichen Versorgung sowie zur Abrechnung der Leistungen im automatisierten Praxisverwaltungssystem und in den händischen Patientenakten. Dies erfolgt auf Grundlage von Art. 6 Abs. 1 lit. b DSGVO, der die Verarbeitung von Daten zur Erfüllung eines Vertrags oder vorvertraglicher Maßnahmen gestattet. Ich bin dazu verpflichtet, erhobene Patientendaten aufgrund rechtlicher Vorgaben z.B. aus steuerlichen Gründen, noch mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren (§ 630 f BGB). Nach anderen Vorschriften können sich längere Aufbewahrungsfristen ergeben.

Wenn ich Ihnen eine Rechnung gestellt habe, verbleibt Ihre Adresse in meinem Buchhaltungsprogramm. Dieses ist jedoch passwortgeschützt. Ohne Ihre ausdrückliche Zustimmung werde ich Ihre Adresse nicht an Dritte weitergeben.

Wenn Sie mir eine E-Mail senden, speichere ich diese in einem mit Ihrem Namen versehenen Ordner im Posteingang, damit ich unsere Korrespondenz dokumentiere und nichts verloren geht. E-Mails, welche nur Terminabsprachen enthalten, werden nach Ablauf des Termins gelöscht. Wenn Sie nach Behandlungsabschluss keinerlei E-Mail mehr von mir erhalten möchten, teilen Sie mir dies bitte mit; damit ich Ihre E-Mailadresse vollständig aus meinem E-Mail-Programm entferne. Meine Website und meine E-Mail sind bei strato.de (Strato AG, Berlin) gehostet. Eine Kopie Ihrer Mail wird auf dem Mailserver von strato.de gespeichert. Ich habe keine Kontrolle darüber, wann strato.de Ihre Mail löschen wird.

Ihre Rechte: Sie haben das Recht, über die Ihre personenbezogenen Daten Auskunft zu erhalten und die Berichtigung unrichtiger Daten zu verlangen. Ihnen steht unter bestimmten Voraussetzungen das Recht auf Löschung von Daten, das Recht auf Einschränkung der Datenverarbeitung sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit zu. Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt auf Basis von gesetzlichen Regelungen. Nur in Ausnahmefällen benötige ich Ihr Einverständnis. In diesen Fällen haben Sie das Recht, die Einwilligung für die zukünftige Verarbeitung zu widerrufen.

Widerspruchsrecht: Sofern Ihre personenbezogenen Daten auf Grundlage von berechtigten Interessen gemäß Art. 6 Abs. 1 S. 1 lit. f DSGVO verarbeitet werden, haben Sie das Recht, gemäß Art. 21 DSGVO Widerspruch gegen die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten einzulegen, soweit dafür Gründe vorliegen, die sich aus Ihrer besonderen Situation ergeben. Wenn Sie von Ihrem Widerspruchsrecht Gebrauch machen möchten, erklären Sie mir dies bitte schriftlich. Sie haben ferner das Recht, sich bei der zuständigen Aufsichtsbehörde für Datenschutz zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt. Die Anschrift der für zuständigen Aufsichtsbehörde in Hamburg lautet: Thomas Fuchs, Ludwig-Erhard-Str. 22, 20459 Hamburg, Tel: 040/428 54-40 40, mailbox@datenschutz.hamburg.de, <http://www.datenschutz-hamburg.de>

Rechtliche Grundlagen: Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist Artikel 9 Absatz 2 lit. h) DSGVO in Verbindung mit Paragraph 22 Absatz 1 Nr. 1 lit. b) Bundesdatenschutzgesetz.

Einwilligung

Ich habe die vorstehenden Hinweise zur Kenntnis genommen und willige in die Erhebung und Speicherung meiner Daten in diesem Umfang ein. Mir ist bewusst, dass ich diese Einwilligung freiwillig gebe und ich ein Widerrufsrecht habe.

_____(Ort, Datum Unterschrift)