



Fragebogen für Patienten

Meine persönliche Daten

Name: _____ Vorname: _____ geb.: _____

Straße/Nr.: _____ PLZ/Ort: _____

Telefonnr.: _____ e-Mail: _____

Empfohlen von: _____

Krankenversicherung: gesetzlich mit Zusatzversicherung HP bei: _____

privat bei: _____ Beihilfe Post B

Beruf: _____ ich sitze viel ich stehe viel ich arbeite körperlich

Ich treibe Sport: leider gar nicht gelegentlich regelmäßig viel

Haben Sie Kinder? Wie viele? _____

Ich bin in ärztlicher Behandlung: nein ja, bei Facharzt Hausarzt Heilpraktiker

Name des Behandelnden: _____

So rechnen wir ab.

Ich möchte Sie darüber informieren, dass Sie unmittelbar zahlungspflichtiger Vertragspartner mit mir sind.

Unsere Leistungen werden ausschließlich nach dem Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker abgerechnet werden. Bitte beachten Sie, dass Krankenkassen die Behandlungskosten grundsätzlich nicht erstatten. Private Krankenversicherer und Zusatzversicherungen, Beihilfe und B Postkasse erstatten nach jeweils verschiedenen Sätzen.

Für eine 100%ige Erstattung können wir daher keine Gewähr übernehmen!

Sind Sie gesetzlich versichert, informieren Sie sich bitte über unsere Selbstzahlerpreise. Die Bezahlung erfolgt in der Regel unverzüglich nach jeder Behandlung. Fragen Sie eventuell bei Ihrer Versicherung nach, ob Sie eine Zusatzversicherung abschließen können, die die Kosten für Heilpraktikerleistungen vollständig bzw. anteilig übernimmt.

Sind Sie privat versichert oder zusatzversichert, erhalten Sie eine Rechnung laut GebüH (Gebührenordnung für Heilpraktiker).

Bezüglich Terminvereinbarungen:

Um längere Wartezeiten zu vermeiden, reservieren wir für Sie Termine. Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass Terminabsagen 24 Stunden **vor Ihrem** mit uns vereinbarten Termin **nicht** berechnet werden. In allen anderen Fällen sind wir nach BGB §252 berechtigt, die Praxisausfallkosten (Behandlungsgebühr) in Rechnung zu stellen.

Bitte unterzeichnen Sie Ihre Kenntnisnahme und Ihr Einverständnis zu obigen Angaben.

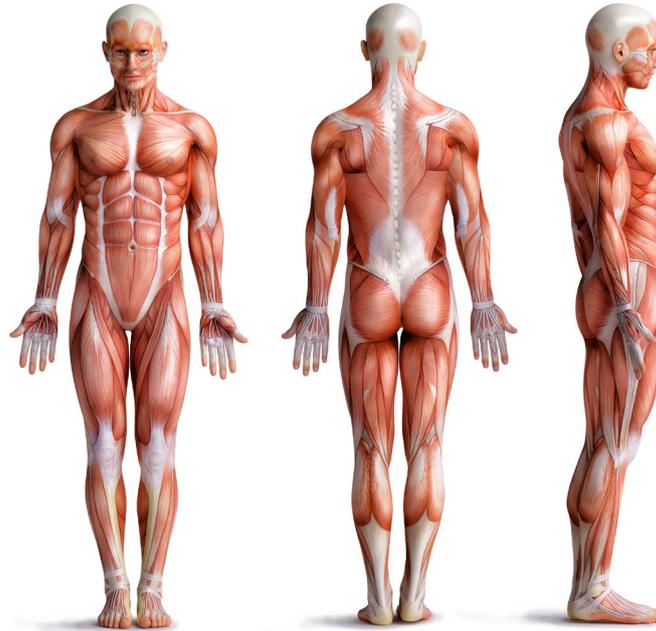
Ort, Datum

Unterschrift



Wie geht es Ihnen gerade?

- Ich **habe keine Beschwerden**, ich bin aus prophylaktischen Gründen hier.
- Ich **habe Beschwerden**. Bitte markieren Sie Ihre schmerzhaften Regionen.



- Meine Beschwerden sind akut seit: _____ Tagen
- Meine Beschwerden sind chronisch seit: _____ Wochen _____ Monaten _____ Jahren
- Meine Beschwerden sind akut seit: _____ Tagen

Wie intensiv sind Ihre Schmerzen?

- sehr geringfügig
- geringfügig
- leicht
- stark
- sehr stark
- extrem stark

In welchem Schema treten die Schmerzen auf?

- regelmäßig
- unregelmäßig
- zeitweise
- permanent
- tagsüber
- nachts
- nach dem Essen
- bei Bewegung
- auch im Ruhezustand

Was ereignete sich unmittelbar vor dem Auftreten der jetzigen Beschwerden?

- nichts Außergewöhnliches
- eine Erkrankung
- Kummer
- Trauer
- Schock
- Operation
- Hautausschläge
- Änderung der Körpertemperatur

Waren Sie bezüglich Ihrer Beschwerden in hausärztlicher oder fachärztlicher Behandlung?

- Ja
- Nein
- Behandlung war erfolgreich
- wenig erfolgreich
- erfolglos



Ich und meine (Kranken-)Geschichte

Geburt: normale Geburt Kaiserschnitt Geburt mit Hilfsmitteln

Andere Komplikationen:

Gab es Kindererkrankungen mit Komplikationen?

nein ja, welche? _____

Ich habe in den letzten zwei Jahren eine Impfung erhalten. Welche? _____

Welche nennenswerten Krankheiten gab es?

keine ja, welche? Wann? _____

Gab es Unfälle/Stürze? Welche? Wann war das? _____

Gab es Operationen? Welche? Wann war das? _____

Bandscheibenvorfälle? Protrusionen? Wann/Wo? _____

In meiner Familie treten häufig folgende Krankheiten auf: _____

Von folgenden Genussmitteln verzehre ich zu viel: _____

Ich habe Allergien:

keine ja, welche? _____

Nehmen Sie Medikamente?

Schmerzmedikamente entzündungshemmende Medikamente Diabetes-Medikamente

Herz- bzw. Blutdruckmedikamente Andere _____

Ich trage Einlagen: ja nein

Ich trage einseitige Absatzerhöhung: nein ja, links ja, rechts

Wurden Sie hinsichtlich Ihrer Beschwerden bildgebend untersucht?

Röntgen CT (Computertomographie)

Ultraschall MRT (Magnetresonanztomographie)

Leiden Sie unter Schlafstörungen? ja nein



Meine medizinische Vorgeschichte

Unter welcher der nachfolgend aufgeführten Krankheiten und Symptomen haben Sie schon gelitten?

	Ja	Nein
Schlaganfall		
Taubheit		
Multiple Sklerose		
Parkinson		
Lähmungserscheinungen		
Zittern		
Gleichgewichtsstörungen		
Unklarer Gewichtsverlust		
Depression		
Osteoporose		
Allergien		
Krebserkrankungen		
Thromboseneigung		
Tuberkulose		
Herzinfarkt		
Arthrose		

	Ja	Nein
Kopfschmerzen		
Sodbrennen		
Hepatitis		
Blutungsneigung		
Asthma		
Ohnmachtsanfälle		
Schwindel		
Nierenbeschwerden		
Gefäßkrankungen		
Zuckerkrankheiten		
Nierensteine		
Gallensteine		
Gicht		
Schuppenflechte		
Neurodermitis		
Migräne		

Welche der folgenden Infektionskrankheiten haben Sie durchgemacht?

	Ja	Nein
Gonorrhoe		
Kinderlähmung		
Masern		
Mumps		
Pfeiffersches Drüsenfieber		
Keuchhusten		
Malaria		
Röteln		

	Ja	Nein
RUHR		
Scharlach		
Salmonellose		
Tetanus		
Syphilis		
Tropenkrankheiten		
Tuberkulose		
Windpocken		



Allg. Aufklärungspflicht - das KLEINGEDRUCKTE

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

Die in meiner Praxis durchgeführten Diagnose- und Therapieverfahren sind sanfte amerikanische Techniken, die Risiken auf ein Mindestmaß reduzieren.

Dennoch existiert seitens des Gesetzgebers die Verpflichtung, Sie über Gefahren von chiropraktischen Maßnahmen aufzuklären.

Bitte nehmen Sie sich 2 Minuten Zeit!

1. Urteil des OLG Düsseldorf (vom 8.07.1993 302/91)

„Über eventuelle Gefahren chiropraktischer Maßnahmen ist aufzuklären:

In diesem Urteil wird verlangt, dass der Patient über das Risiko aufgeklärt werden muss, dass es in seltenen Fällen, trotz korrekter Durchführung der Manipulation an der Halswirbelsäule, zu dauerhaften Durchblutungsstörungen des Kopfes kommen kann.“

2. Urteil des OLG Stuttgart (vom 20.02.1997 14U 44/96)

„Ein Heilbehandler (Arzt, Heilpraktiker, Physiotherapeut) darf sich vor chirotherapeutischen (chiropraktischen) Eingriffen nicht auf den Hinweis beschränken, dass es im Anschluss an die Behandlung auch zu einer Verschlechterung der Beschwerden kommen könne.

Vielmehr ist ein durch einen Bandscheibenvorfall vorgeschädigter Patient darüber in Kenntnis zu setzen, dass es auch bei fehlerfreier Durchführung beim Eingriff zu einer Verlagerung von Bandscheibengewebe und in der Folge zu einer spinalen Wurzelkompression kommen kann.

Dieser Hinweis ist zur Wahrung des Selbstbestimmungsrechts des Patienten dringend geboten, wenn ein Erfolg durch die Chirotherapie ungewiss ist, dem Heilbehandler bekannt ist, dass es dem Patienten darauf ankommt, eine Bandscheibenoperation zu vermeiden.“

Ich wurde über evtl. Risiko- bzw. Nebenwirkungen der durchzuführenden Maßnahmen ausführlich in Kenntnis gesetzt und erkläre mich damit einverstanden. Werden evtl. bereits von Ärzten vorgeschlagene Operationen oder Behandlungen abgelehnt oder aufgeschoben, so erfolgt dies ausschließlich in Eigenverantwortung des Patienten!

Ort, Datum

Unterschrift (bei Minderjährigen der / die Erziehungsberechtigte)

Patientenname _____

Geb.Dat _____



Datenschutzerklärung

1. Wer ist für die Datenverarbeitung verantwortlich und an wen kann ich mich wenden?

Annette Smith Heilpraktikerin, Karlstraße 45, 48429 Rheine

2. Welche Daten werden genutzt?

Wir erheben und speichern ausschließlich Daten, die für Behandlung und Abrechnung notwendig sind.

Dazu gehören:

- Adressdaten (Name, Adresse, Telefon, E-Mail-Adresse, Geburtsdatum, Geschlecht)
- Bankverbindung
- Informationen über Ihren Gesundheitszustand, wie z.B. Informationen aus Untersuchungen, Anamnesegesprächen, Laboregebnisse, Scan-Ergebnisse

3. Zu welchem Zweck werden die Daten verarbeitet?

Therapeutische Behandlung, Rechnungsstellung und ggf. Mahnverfahren

4. Wer bekommt Ihre Daten?

Wir geben Ihre Daten ausschließlich an die nachfolgend genannten Dritten weiter, es sei denn, wir sind gesetzlich dazu verpflichtet: Labore und angeschlossene Partnerlabore, Steuerberater, Abrechnungsstelle BFS

5. Übermittlung der Daten an ein Drittland

Wir übermitteln Ihre Daten ohne weitere Zustimmung nicht ins Ausland.

6. Wie lange werden Ihre Daten gespeichert?

Wir speichern Ihre Daten so lange, wie es unsere gesetzlichen Pflichten erfordern. Daten, die sich aus Ihrer Behandlung ergeben, speichern wir im Rahmen des Patientenrechtegesetzes 10 Jahre. Rechnungen halten wir nach geltendem Steuerrecht ebenfalls 10 Jahre vor. Sind die Daten für die Erfüllung vertraglicher oder gesetzlicher Pflichten nicht mehr erforderlich, werden diese regelmäßig gelöscht.

7. Welche Datenschutzrechte und Widerrufsrechte bestehen für Sie?

Jede betroffene Person hat das Recht auf Auskunft nach Artikel 15 DSGVO, das Recht auf Berichtigung nach Artikel 16 DSGVO, das Recht auf Löschung nach Artikel 17 DSGVO, das Recht auf Einschränkung der Verarbeitung nach Artikel 18 DSGVO, das Recht auf Widerspruch aus Artikel 21 DSGVO sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit aus Artikel 20 DSGVO. Darüber hinaus besteht ein Beschwerderecht bei einer Datenschutzaufsichtsbehörde (Artikel 77 DSGVO i.V.m. §19 BDSG).

Eine erteilte Einwilligung in die Verarbeitung personenbezogener Daten können Sie jederzeit uns gegenüber widerrufen. Dies gilt auch für den Widerruf von Einwilligungserklärungen, die vor der Geltung der EU-Datenschutz-Grundverordnung, also vor dem 25. Mai 2018, uns gegenüber erteilt worden sind. Bitte beachten Sie, dass der Widerruf erst für die Zukunft wirkt. Verarbeitungen, die vor dem Widerruf erfolgt sind, sind davon nicht betroffen.

8. Bereitstellung Ihrer Daten

Mit Ihrer Unterschrift verpflichten Sie sich, die zu Ihrer Behandlung und Abrechnung benötigten Daten bereitzustellen. Ohne diese Daten werden wir in der Regel den Abschluss des Vertrages/der Behandlung oder die Ausführung des Auftrages/der Behandlung ablehnen müssen oder einen bestehenden Vertrag nicht mehr durchführen können und ggf. beenden müssen.

9. Automatisierte Entscheidungsfindung und Profiling

Wir bedienen uns keiner Verfahren für automatische Entscheidungsfindung und nutzen kein Profiling oder Scoring.



Datenschutzrechtliche Einwilligung in die Verarbeitung personenbezogener Daten

Hiermit erteile ich

Vorname, Name

Geburtsdatum

meine **Einwilligung** in die Verarbeitung meiner Gesundheitsdaten im Zusammenhang mit meiner Behandlung in der Praxis der datenschutzrechtlich verantwortlichen Heilpraktikerin:

Annette Smith Heilpraktikerin, Karlstraße 45, 48429 Rheine

Hiermit **bestätige** ich Folgendes:

- Ich bin darauf hingewiesen worden, dass die Verarbeitung meiner Daten zum Zweck der medizinischen Behandlung (Anamnese, Befunderhebung, Diagnose, Therapie, Nachsorge etc.) sowie aufgrund des zugrunde liegenden Behandlungsvertrags erforderlich ist.
- Ich bin darauf hingewiesen worden, dass die Einwilligung die Verarbeitung sensibler Daten (Gesundheitsdaten) umfasst.
- Die zur sachgerechten Information erforderlichen Angaben habe ich vor der Datenerhebung von der verantwortlichen Person mitgeteilt bekommen.
- Meine Einwilligung erfolgt freiwillig. Mir ist bekannt, dass ich nicht verpflichtet bin, diese Einwilligung zu erteilen. Erteile ich diese Einwilligung nicht, entstehen mir dadurch keine Nachteile. Ohne Einwilligung kann jedoch grundsätzlich keine Behandlung durch den Verantwortlichen erfolgen.
- Den Inhalt der abgedruckten Widerrufsbelehrung habe ich vor Erteilung der Einwilligung zur Kenntnis genommen.

Ort, Datum

Unterschrift der/des Patientin/Patienten

Widerrufsbelehrung

Diese Einwilligung kann jederzeit und ohne Angabe von Gründen widerrufen werden. Die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung wird dadurch nicht berührt. Gesetzliche Erlaubnistatbestände bleiben von einem Widerruf der Einwilligung unberührt. Im Falle des Widerrufs ist eine Fortsetzung der Behandlung durch den Verantwortlichen grundsätzlich nicht mehr möglich.

Die Einwilligung kann mündlich oder schriftlich widerrufen werden. Der Widerruf ist zu richten an:

Annette Smith Heilpraktikerin, Karlstraße 45, 48429 Rheine



Datenschutzrechtliche Einwilligung in die Verarbeitung personenbezogener Daten eines Kindes

Hiermit erteile ich

Vorname, Name

Geburtsdatum

als Träger der elterlichen Verantwortung meine **Einwilligung** in die Verarbeitung der Gesundheitsdaten von

Vorname, Name

Geburtsdatum

Im Zusammenhang mit der Behandlung dieses Kindes in der Praxis der datenschutzrechtlich verantwortlichen Heilpraktikerin:

Annette Smith Heilpraktikerin, Karlstraße 45, 48429 Rheine

Hiermit **bestätige** ich Folgendes:

- Ich bin darauf hingewiesen worden, dass die Verarbeitung meiner Daten zum Zweck der medizinischen Behandlung (Anamnese, Befunderhebung, Diagnose, Therapie, Nachsorge etc.) sowie aufgrund des zugrunde liegenden Behandlungsvertrags erforderlich ist.
- Ich bin darauf hingewiesen worden, dass die Einwilligung die Verarbeitung sensibler Daten (Gesundheitsdaten) umfasst.
- Die zur sachgerechten Information erforderlichen Angaben habe ich vor der Datenerhebung von der verantwortlichen Person mitgeteilt bekommen.
- Meine Einwilligung erfolgt freiwillig. Mir ist bekannt, dass ich nicht verpflichtet bin, diese Einwilligung zu erteilen. Erteile ich diese Einwilligung nicht, entstehen mir dadurch keine Nachteile. Ohne Einwilligung kann jedoch grundsätzlich keine Behandlung durch den Verantwortlichen erfolgen.
- Den Inhalt der abgedruckten Widerrufsbelehrung habe ich vor Erteilung der Einwilligung zur Kenntnis genommen.

Ort, Datum

Unterschrift der/des Patientin/Patienten

Widerrufsbelehrung

Diese Einwilligung kann jederzeit und ohne Angabe von Gründen widerrufen werden. Die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung wird dadurch nicht berührt. Gesetzliche Erlaubnistatbestände bleiben von einem Widerruf der Einwilligung unberührt. Im Falle des Widerrufs ist eine Fortsetzung der Behandlung durch den Verantwortlichen grundsätzlich nicht mehr möglich.

Die Einwilligung kann mündlich oder schriftlich widerrufen werden. Der Widerruf ist zu richten an:

Annette Smith Heilpraktikerin, Karlstraße 45, 48429 Rheine