



## Fragebogen für Patienten (Kinder)

### 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

Bitte nennen Sie mir den Namen des Therapeuten Ihres Kindes (Kinderarzt, Facharzt, Heilpraktiker, Physiotherapeut, Logopäde etc.):

Welche Medikamente nimmt Ihr Kind? \_\_\_\_\_ ☐ keine

Wurde Ihr Kind laut gültigem Impfplan ,durchgeimpft'? ☐ ja ☐ nein ☐ andere \_\_\_\_\_

Hatte Ihr Kind Operationen? ☐ nein ☐ ja, folgende \_\_\_\_\_

### 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



## So war die Schwangerschaft

Wievielte? \_\_\_\_\_ Schwangerschaft

Anzahl der Kinder? \_\_\_\_\_ Kinder

Alter der Mutter bei der Geburt? \_\_\_\_\_ Jahre

Wie viele Schwangerschaftswochen? \_\_\_\_\_ Wochen

Fehllage/Querlage? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

## So war die Geburt

Geburtsgewicht? \_\_\_\_\_ Gramm

Länge \_\_\_\_\_ Zentimeter

Fehllage/Querlage? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Dauer \_\_\_\_\_ Stunden

Mehrlingsgeburt? ☐ ja ☐ nein

Es wurden Hilfsmittel verwendet  
(Zange, Saugglocke o.ä.) ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Die Geburt war ein Kaiserschnitt ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, warum? \_\_\_\_\_

Kam es zu Geburtsverletzungen? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, warum? \_\_\_\_\_

## Mein Kind als Säugling

Das Kind hat einen Haarabrieb am Hinterkopf ☐ ja ☐ nein

Das Kind kann nicht auf dem Bauch liegen ☐ ja ☐ nein

Das Kind hat Schwierigkeiten mit den Augen ☐ ja ☐ nein

Das Kind schläft gut ein ☐ ja ☐ nein

Durchschnittliche Einschlafdauer \_\_\_\_\_ Minuten

Das Kind wird im Schlaf oft wach ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, wie oft? \_\_\_\_\_ Mal



## Mein Kind als Säugling

Wird eine bestimmte Schlafhaltung eingenommen?

☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche Schlafhaltung?

\_\_\_\_\_

Das Kind wird gestillt

☐ ja ☐ nein

Wenn ja, wie lange?

\_\_\_\_\_ Monate

Beim Stillen gibt es an einer Seite Schwierigkeiten

☐ ja ☐ nein

Wenn ja, an welcher Seite von Ihnen aus gesehen?

☐ rechts ☐ links

Das Baby trinkt / isst wenig oder schlecht

☐ ja ☐ nein

## Mein Kind als Baby (0 bis 1 Jahr)

Das Kind kann das Köpfchen halten

☐ ja ☐ nein

Der Rücken des Kindes überstreckt sich stark

☐ ja ☐ nein

Das Kind liegt nur auf dem Rücken

☐ ja ☐ nein

Das Kind hat Blähungen/Koliken

☐ ja ☐ nein

Das Kind schläft durch

☐ ja ☐ nein

Das Kind hat regelmäßigen Stuhlgang

☐ ja ☐ nein

Die Pofalte ist schief

☐ ja ☐ nein

Das Kind zeigt eine deutliche Asymetrie (Blickrichtung)

☐ ja ☐ nein

Das Kind dreht sich überwiegend in eine Richtung

☐ ja ☐ nein

Das Kind liegt nur auf dem Rücken

☐ ja ☐ nein

Das Kind hat Blähungen/Koliken

☐ ja ☐ nein

Das Kind schreit viel (mehr als 3 Std. an 3 Tagen aufeinander)

☐ ja ☐ nein

Das Kind liegt in einem Bogen wie ein „C“

☐ ja ☐ nein

Das Kind hat eine unreife Hüftentwicklung

☐ ja ☐ nein

Das Kind hat eine Fußfehlstellung

☐ ja ☐ nein

Das Kind bewegt beide Arme gleich

☐ ja ☐ nein

wenn nein, welchen weniger

☐ rechts ☐ links

Das Kind hat auf einer Seite ein kleineres Gesicht

☐ ja ☐ nein

wenn ja, welche Seite

☐ rechts ☐ links

Das Kind hat einen einseitig flacheren Hinterkopf

☐ ja ☐ nein

Das Kind dreht sich überwiegend in eine Richtung

☐ ja ☐ nein

wenn ja, welche Seite

☐ rechts ☐ links



## Mein Kind als Kleinkind (1 bis 6 Jahre)

- |                                                                                                           |                             |                               |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Das Kind hat das Krabbeln ausgelassen                                                                     | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Das Kind hat mit 16 Monaten oder später laufen gelernt                                                    | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| wenn ja, wann konnte das Kind laufen                                                                      | _____ Monate                |                               |
| Das Kind hat Schwierigkeiten sich selbst anzuziehen (Knöpfe/Schleifen) über das Alter von 6 Jahren hinaus | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Das Kind lutscht noch am Daumen (über das Alter von 5 Jahren)                                             | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Das Kind hat Schwierigkeiten auf einem Bein zu hüpfen                                                     | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Das Kind ist ängstlich beim Klettern in der Höhe                                                          | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Das Kind zeigt eine deutliche Asymetrie (Blickrichtung)                                                   | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Das Kind läuft vermehrt auf den Zehenspitzen                                                              | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Das Kind zeigte außergewöhnliche Reaktionen nach Impfungen                                                | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Das Kind ist Bettnäser (über das Alter von 5 Jahren hinaus)                                               | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Das Kind leidet unter häufigen Ohren- und Naseninfektionen                                                | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Das Kind hat Schwierigkeiten beim Fahrradfahren                                                           | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Das Kind hat Schwierigkeiten beim Ball fangen                                                             | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

## Mein Kind als Schulkind (ab 6 Jahren)

- |                                            |                             |                               |
|--------------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Das Kind hat Leseschwierigkeiten           | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Das Kind hat Schreibschwierigkeiten        | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Das Kind hat Abschreibeschwierigkeiten     | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Das Kind hat Rechenschwierigkeiten         | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Das Kind leidet unter Konzentrationsmangel | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Das Kind ist unruhig                       | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Das Kind hat Wahrnehmungsstörungen         | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Das Kind hat Probleme im Sportunterricht   | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Das Kind leidet unter Reiseübelkeit        | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Das Kind trägt eine Zahnsperre             | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| wenn ja, seit wann                         | _____                       |                               |



## Bekannte Gesundheitsprobleme

### Unser Kind leidet an...

Rachenwegsinfekten

☐ ja ☐ nein

Neurodermitis

☐ ja ☐ nein

Wenn ja, seit wann?

\_\_\_\_\_ Monate/Jahre

Allergien

☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche?

\_\_\_\_\_

Kopfschmerzen

☐ ja ☐ nein

Wenn Kopfschmerzen, wie oft pro Woche?

\_\_\_\_\_

Neurologische Erkrankungen

☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche?

\_\_\_\_\_

Unser Kind trägt eine Brille

☐ ja ☐ nein

Wenn ja, seit wann?

\_\_\_\_\_ Monate/Jahre

Unser Kind hat oft den Mund offen

☐ ja ☐ nein

## Bekannte Entwicklungsverzögerungen

Haltung und Bewegung

☐ ja ☐ nein

Sprache und Verständnis

☐ ja ☐ nein

Haltung und Bewegung

☐ ja ☐ nein

## Auffällige Asymetrie/Fehlhaltungen

Wir haben das sofort nach der Geburt gesehen

☐ ja ☐ nein

Wir haben das erst später gesehen

☐ ja ☐ nein

Wenn ja, in welchem Alter?

\_\_\_\_\_ Monate/Jahre

Wir wurden darauf aufmerksam gemacht

☐ ja ☐ nein

Wenn ja, von wem? (Arzt, Hebamme, Krankengymnast)

\_\_\_\_\_ Monate/Jahre

Uns fiel besonders folgendes auf:

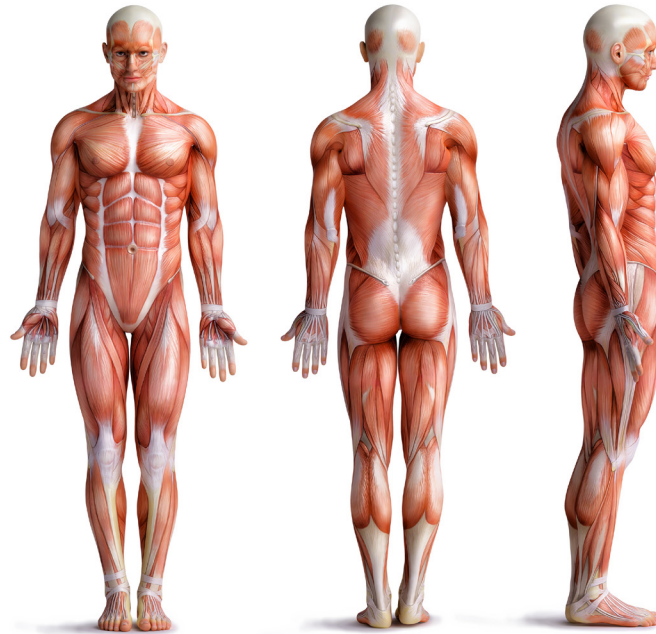
(z. B. schiefer Kopf, Rumpf, Bein- oder Armhaltung, etc)

\_\_\_\_\_



## Wie geht es Ihrem Kind gerade?

- ☐ Es **hat keine Beschwerden**, wir sind aus prophylaktischen Gründen hier.
- ☐ Es **hat Beschwerden**. Bitte markieren Sie die schmerzhaften Regionen des Kindes.



## Allgemeine Informationen

Hat das Kind während des Sportunterrichts jemals eine Verletzung erlitten? Wenn ja, bitte erklären:

---

---

Hat sich das Kind jemals bei einem (Auto-) Unfall verletzt? Wenn ja, bitte erklären:

---

---

Musste sich das Kind schon mal einer Operation unterziehen? Wenn ja, bitte erklären:

---

---

Muss das Kind dauerhaft Medikamente einnehmen? Wenn ja, welche?

---

---



## Die medizinische Vorgeschichte des Kindes

Unter welcher der nachfolgend aufgeführten Krankheiten und Symptomen hat Ihr Kind schon gelitten?

|                        | Ja | Nein |
|------------------------|----|------|
| Kopfschmerzen          |    |      |
| Orthopädische Probleme |    |      |
| Schwindel              |    |      |
| Bewusstlosigkeit       |    |      |
| Nackenprobleme         |    |      |
| Armprobleme            |    |      |
| Beinprobleme           |    |      |
| Gelenkprobleme         |    |      |
| Herzprobleme           |    |      |
| Krampfanfälle          |    |      |
| Chr. Ohrenschmerzen    |    |      |
| Nasennebenhöhlenentz.  |    |      |
| Schnupfen/Grippe       |    |      |
| Asthma                 |    |      |
| Skoliose               |    |      |
| Koliken                |    |      |

|                           | Ja | Nein |
|---------------------------|----|------|
| Schlechte Haltung         |    |      |
| Knochenbrüche             |    |      |
| Verhaltensauffälligkeiten |    |      |
| Verdauungsstörungen       |    |      |
| Appetitlosigkeit          |    |      |
| Magenschmerzen            |    |      |
| Rückfluss                 |    |      |
| Diabetes                  |    |      |
| Bluthochdruck             |    |      |
| Blutarmut/Anämie          |    |      |
| ADS/ADHS                  |    |      |
| Risse, Brüche, Hernien    |    |      |
| Muskelschmerzen           |    |      |
| Wachstumsschmerzen        |    |      |
| Allergie (welche)         |    |      |
|                           |    |      |

Hat das Kind an einer der folgenden Rückenmarkstraumata gelitten?

|                         | Ja | Nein |
|-------------------------|----|------|
| Sturz von der Couch     |    |      |
| Sturz mit Skateboard    |    |      |
| Sturz von der Schaukel  |    |      |
| Sturz von der Rutsche   |    |      |
| Sturz vom Klettergerüst |    |      |

|                         | Ja | Nein |
|-------------------------|----|------|
| Fahrradsturz            |    |      |
| Treppensturz            |    |      |
| Sturz von Wickelkommode |    |      |
| Sturz mit Lauflernhilfe |    |      |
| Sonstige                |    |      |



## 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, Laborergebnisse, 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*