

Anamnese - Fragebogen

Name _____ Geburtstag _____

Vorname _____ Tel. privat _____

Straße _____ Tel. Beruf _____

PLZ – Ort _____ FAX _____

Geschwister _____ E-Mail _____

Wie sind Sie auf die Naturheilpraxis aufmerksam geworden? _____

Versicherung: O Gesetzlich (AOK, DAK usw.) O Beihilfe/Post O Privat-Versicherung

Was ist Ihr Wunsch für Ihr Kind an uns? Was ist Ihr Ziel?

Was war unmittelbar vor dem ersten Auftreten Ihrer jetzigen Beschwerden?

z.B. eine Erkrankung, Kummer, Trauer, Schreck, Operation, Hautausschläge, Medikamente usw.

Welche Krankheiten sind Ihnen in Ihrer Familie bekannt?

z.B. Krebs, Tuberkulose, Geisteskrankheiten, Geschlechtskrankheiten, Selbstmord, Herzkrankheiten, Gefäßkrankheiten, Schlaganfall, Asthma, Zuckerkrankheit, Rheuma, Nierensteine, Gallensteine, Multiple Sklerose, Gicht, Allergien, Schuppenflechte, Neurodermitis, Migräne.

Welche Impfungen hat ihr Kind bekommen? Bitte Impfausweis mitbringen.

Gab es Reaktionen auf Impfungen?

z. B. Fieber, Krämpfe, Unruhe, Schlaflosigkeit, Verhaltensveränderungen.

Welche Infektionskrankheiten hat ihr Kind durchgemacht?

Masern, Mumps, Röteln, Keuchhusten, Windpocken, Scharlach, Pfeiffersches Drüsenfieber, usw.

Infekte Husten, Schnupfen, Bronchitis, Mittelohrentzündung, Mandelentzündung

Wenn ja, wie häufig?

Gibt es Allergien? Nahrungsmittel.....

Pollen oder andere

Verdauung

Stuhlgang täglich, jeden 2. Tag, unregelmäßig, riecht nach.....

Neigung zur Verstopfung, Neigung zum Durchfall, Stuhl hell, dunkel, übelriechend,

Haut

Verbrennungen, Narben, Geschwüre, Hautjucken, Warzen, Pilze

Narben

Gibt es durch Operationen oder Verletzungen Narben? 0 Ja 0 Nein

Schlaf

Schlaflosigkeit, häufiges Erwachen, Schwierigkeiten beim Einschlafen, Sprechen

im Schlaf, Nachtschweiß, Zähneknirschen

Schlafzeit von / bis

Ernährung

Verlangen nach Süß, Sauer, Pikant, Salzig, Fleisch, Eier, Obst

Abneigungen gegen Süß, Sauer, Pikant, Salzig, Fleisch, Eier, Obst

Leben Sie nach bestimmten Ernährungsrichtlinien?

Falls ja, welche?

Körpergröße **Körpergewicht**

Gab es Besonderheiten während der Schwangerschaft?

Welche Medikamente oder Nahrungsergänzungsmittel nimmt ihr Kind derzeit ein?

Wie ist die aktuelle seelische Belastung?

Keine Gering Zu hoch

Wie ist die aktuelle körperliche Belastung?

Keine Gering Zu hoch

Wie ist die aktuelle nervliche Belastung?

Keine Gering Zu hoch

Was liegt Ihnen sonst noch am Herzen?

Datum, Unterschrift _____

Ich bedanke mich für Ihre Zeit und freue mich auf Ihren Besuch!



Datenschutzerklärung

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

Maria Rammel Heilpraktikerin, Landshuter Str. 9, 94522 Wallersdorf

2. Welche Daten werden genutzt?

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

Dazu gehören: Adressdaten (Name, Adresse, andere Kontaktdaten -Telefon, E-Mail-Adresse, Geburtsdatum, Geschlecht, Staatsangehörigkeit)

Informationen über Ihren Gesundheitszustand, wie z.B. Informationen aus Untersuchungen, Anamnesegesprächen, Laborergebnisse

3. Zu welchem Zweck werden die Daten verarbeitet?

Therapeutische Behandlung, Rechnungsstellung und ggf. Mahnverfahren

4. Wer bekommt Ihre Daten?

Labore und angeschlossene Partnerlabore, Steuerberater, Inkassounternehmen

Berechtigung zur Weitergabe von Patientendaten wie Name, Anschrift, Telefonnummer, Email im Rahmen des Therapieplanes für Bestellungen im Einverständnis an bestimmte Firmen wie NatuGena, Formmed, Orthotherapie, Viabiona und der Hirsch Apotheke.

5. Übermittlung der Daten an ein Drittland

Wir übermitteln Ihre Daten ohne Ihre 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 Patientenrechtsgesetzes 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 Widerrufrechte 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 führen kein Profiling zur Beurteilung Ihrer Kreditwürdigkeit durch.

(Ort, Datum)

(Unterschrift)

Behandlungs- und Honorarvereinbarung

§ 1 Vertragsgegenstand

Der Patient nimmt eine naturheilkundliche Behandlung des Heilpraktikers in Anspruch.

§ 2 Honorar, Kostenerstattung

- Das Honorar für die Beratung/Behandlung berechnet sich nach dem Zeitaufwand des Behandlers.
- Das Erstgespräch (ausführliche Anamnese 90 Minuten) mit Patientenaufnahme, Nachbearbeitung und Therapieplan 175,00 EUR.
- Behandlung je Stunde: 96,00 EUR (anteilig berechnet)
- Kindersprechstunde je Stunde 96,00 EUR (anteilig berechnet);
Ersttermin mit Patientenaufnahme für Kinder 120,00 EUR
- Bioresonanztherapie 30,00 EUR (zzgl. Behandlungskosten)
- Schröpftherapie 25,00 EUR (zzgl. Behandlungskosten)
- Schilddrüsenultraschall 30,00 EUR (zzgl. Behandlungskosten)
- Blutegeltherapie nach Zeitaufwand (96,00 EUR je Stunde) - Kosten je Egel 15,00 EUR
- Infusionen und Injektionen nach Zeitaufwand und Materialkosten
- verschiedene Labor Parameter (Blut-, Speichel- und/oder Stuhluntersuchungen
bitte einzeln erfragen.
Gerne erstelle ich Ihnen hierfür einen Kostenvoranschlag
- Telefonsprechstunde sowie Beratung per Email oder Netzwerk (Abrechnung 1,60 pro Minute -
Abrechnung im Viertel-Stunden-Takt)

§ 3 Aufklärung / Hinweise

Der Patient wird darauf hingewiesen, dass:

- für die Erteilung einer Auskunft des Heilpraktikers an Dritte die schriftliche Einwilligung des Patienten erforderlich ist.
- Mitglieder privater Krankenkassen, privat Zusatzversicherte oder beihilfeberechtigte Patienten
Auf Wunsch erfolgt die Rechnungsstellung unter Bezifferung gemäß Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH). Mitglieder privater Krankenkassen, privat Zusatzversicherte und beihilfeberechtigte Patienten können somit einen teilweisen Erstattungsanspruch ihrer Behandlungskosten gegenüber ihrer Versicherung bzw. dem Beihilfeträger haben. Die von mir erstellte Honorarrechnung ist immer in vollem Umfang zu begleichen.
- Die gesetzlichen Krankenkassen und die Ersatzkassen übernehmen die Leistungen eines Heilpraktikers nicht. Die Kosten können gegebenenfalls steuerlich geltend gemacht werden.

§ 4 Ausfallhonorar

Versäumt der Patient einen fest vereinbarten Behandlungstermin schuldet er dem Heilpraktiker ein Ausfallhonorar in Höhe von 50 % des für den Termin vereinbarten Betrages. Dies gilt nicht, wenn der Patient mindestens 24 Stunden vor dem vereinbarten Termin absagt, oder ohne sein Verschulden am Erscheinen verhindert ist.

(Ort, Datum)

(Unterschrift)