

PATIENTENAUFNAHMEBOGEN

HERZLICH WILLKOMMEN IN DER **NATURHEILPRAXIS KATHARINA SOHNS**

Ich möchte Sie als Patient ganzheitlich betrachten, um ein Gefühl für die passenden Therapieansätze entwickeln zu können. Die folgenden Angaben sind dabei sehr hilfreich. Neben den persönlichen Daten für die Patientenkartei enthält dieser Anamnesebogen Fragen zu möglichen Vorerkrankungen, früheren Operationen, Ihrem Ernährungsverhalten, Schlafverhalten, Ihrem Stresslevel und vielen weiteren Aspekten. Bitte nehmen Sie sich die Zeit, die Fragen vollständig zu beantworten. Für Rückfragen stehe ich Ihnen gerne zur Verfügung.

NAME	VORNAME
STRASSE	PLZ ORT
EMAIL	
TELEFON	MOBIL
GEBURTSDATUM, -ORT	
FAMILIENSTAND	KINDER
BERUF / TÄTIGKEIT	
VERSICHERUNG	

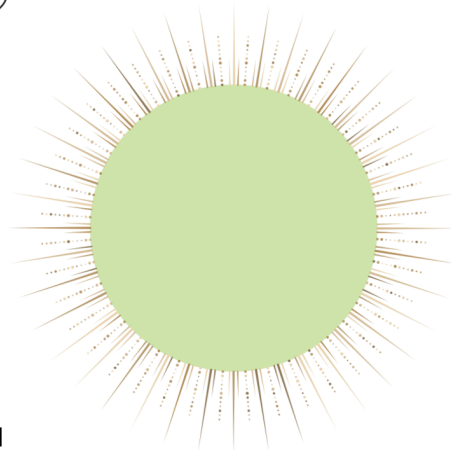
☐ GKV

☐ PKV

☐ PRV. ZUSATZ

PERSÖNLICHE ANGABEN

GRÖSSE (CM)	
GEWICHT (KG)	
RAUCHEN SIE?	JA ☐ NEIN ☐
SPORT	



WAS KANN ICH FÜR SIE TUN / IHR ANLIEGEN AN MICH

**WICHTIGE, BEI IHNEN SCHON BEKANNTE ERKRANKUNGEN /
CHRONISCHE ERKRANKUNGEN?**

WELCHE OPERATIONEN WURDE BEI IHNEN DURCHGEFÜHRT? WANN?

NEHMEN SIE AKTUELL MEDIKAMENTE EIN / WELCHE?

LIEGEN AKTUELLE BLUTWERTE VOR? WELCHE WERTE?

HABEN SIE INTERESSE AN EINER VOLLBLUTANALYSE?

JA ☐ NEIN ☐

WELCHE GESUNDHEITLICHE BESCHWERDEN HABEN SIE AKTUELL?

LIEGEN UNVERTRÄGLICHKEITEN / ALLERGIEN VOR?

WIE IST DIE AKTUELLE ERNÄHRUNGSWEISE?

NEHMEN SIE NAHRUNGSERGÄNZUNGSMITTEL EIN? WELCHE?

SCHLAFEN SIE GUT EIN? SCHLAFEN SIE DURCH?

WO BEFINDET SICH IHR STRESSLEVEL AUF EINER SKALA VON 1 - 10?



ALLGEMEINE FRAGEN:

JA NEIN

FÜHLEN SIE SICH HÄUFIG MÜDE UND ERSCHÖPFT?

☐ ☐

VERTRAGEN SIE SONNENLICHT SCHLECHT?

☐ ☐

LEIDEN SIE UNTER DEM PRÄMENSTRUELLEN SYNDROM (PMS)?

☐ ☐

IST IHR ZYKLUS UNREGELMÄSSIG?

☐ ☐

LEIDEN SIE UNTER HAARAUFSFALL?

☐ ☐

LEIDEN SIE UNTER EINER SCHILDDRÜSENSTÖRUNG?

☐ ☐

GIBT ES IN IHRER FAMILIE VIELE ERKRANKTE AUS DEM BEREICH
DEPRESSIONEN, SCHIZOPHRENIE, ANGSTSTÖRUNGEN?

☐ ☐

LEIDEN SIE SELBST UNTER DEPRESSIONEN, SCHIZOPHRENIE
ODER ANGSTSTÖRUNGEN?

☐ ☐

ERINNEREN SIE SICH SELTEN/NIE AN IHRE TRÄUME?

☐ ☐

LEIDEN SIE UNTER EINER VIELZAHL VON
NAHRUNGSMITTELUNVERTRÄGLICHKEITEN, Z.B.
GLUTENSENSITIVITÄT ODER LAKTOSEINTOLERANZ?

☐ ☐

FÜHLEN SIE SICH IHREM ALLTAG HÄUFIG NICHT GEWACHSEN?

☐ ☐

	JA	NEIN
LEIDEN SIE AN UNKLAREN NEUROLOGISCHEN SYMPTOMEN, Z.B. DOPPELTSEHEN, UNKLARE KOPFSCHMERZEN?	☐	☐
LEIDEN SIE AN MIGRÄNE?	☐	☐
GIBT ES SUIZIDFÄLLE IN IHRER FAMILIE?	☐	☐
WURDE BEI IHNEN EIN REIZDARM-/REIZMAGEN-SYNDROM DIAGNOSTIZIERT?	☐	☐
LEIDEN SIE AN ADHS/ADS?	☐	☐
WURDE BEI IHNEN ARTHROSE UND/ODER OSTEOPOROSE FESTGESTELLT?	☐	☐
WIE IST IHR BLUTDRUCK UND IHR PULS? _____		
HABEN SIE HÄUFIG CHRONISCHE SCHMERZEN IM GESAMTEN KÖRPER, OHNE DASS EINE RHEUMATISCHE ERKRANKUNG FESTGESTELLT WERDEN KONNTE?	☐	☐
FÄLLT ES IHNEN SCHWER, IHRE KONZENTRATION ÜBER EINE LÄNGERE ZEIT AUFRECHT ZU ERHALTEN?	☐	☐
IST IHR KURZZEITGEDÄCHTNIS IST EINGESCHRÄNKT?	☐	☐
NEIGEN SIE ZUR UNTERZUCKERUNG UND MÜSSEN DAHER VIELE KLEINE MAHLZEITEN PRO TAG ZU SICH NEHMEN?	☐	☐
LEIDEN SIE AN STIMMUNGSSCHWANKUNGEN?	☐	☐
HABEN SIE AUGENRINGE, DIE AUCH BEI AUSREICHEND SCHLAF NICHT VERBLASSEN?	☐	☐
NEIGEN SIE ZU ALLERGIEEN UND/ODER ASTHMA?	☐	☐
HATTEN SIE FEHLGEBURTEN?	☐	☐
VERTRAGEN SIE MEDIKAMENTE SCHLECHT BZW. HABEN SIE IMMER WIEDER NEBENWIRKUNGEN?	☐	☐
HABEN SIE EINE VIELZAHL VON ALLERGIEEN?	☐	☐
LEIDEN SIE UNTER EINER AUTOIMMUNERKRANKUNG, Z.B. MULTIPLE SKLEROSE, COLITIS ULCEROSA, HASHIMOTO-THYREOIDITIS?	☐	☐
WELCHE BEHANDLUNGSMETHODEN SIND IN DER VERGANGENHEIT BEZÜGLICH IHRER AKTUELLEN BESCHWERDEN SCHON PRAKTIZIERT WORDEN UND WELCHE HABEN IHNEN GESUNDHEITLICHEN NUTZEN GEBRACHT?		

Beruf des Heilpraktikers

Der Heilpraktiker übt seinen Beruf eigenverantwortlich im Rahmen des geltenden Rechtes aus (freier Beruf). Seine Tätigkeit umfasst die Feststellung, Heilung oder Linderung von Krankheiten, Leiden oder Körperschäden (§ 1 Heilpraktikergesetz).

Er ist der wissenschaftlich - biologischen Medizin ebenso verpflichtet, wie den traditionellen Methoden der Natur- und Erfahrungsheilkunde.

Die Praxis des Heilpraktikers unterliegt der Kontrolle durch den Amtsarzt der zuständigen Gesundheitsbehörde (Gesundheitsamt).

Behandlervertrag

Die rechtliche Grundlage der Behandlung bildet ein Dienstvertrag gemäß § 611 und § 612 BGB. Dieser verpflichtet den Heilpraktiker zu den versprochenen Dienstleistungen und den Patienten zur Zahlung der vereinbarten oder üblichen Vergütung. In der Regel kommt der Behandlungsvertrag ohne schriftliche Vereinbarung durch das praktische Einverständnis beider Parteien zustande. Behandlungen und Verordnungen, die dem Heilpraktiker durch geltendes Recht untersagt sind, können nicht Bestandteil dieses Dienstvertrags sein.

Aufklärungspflicht

Jeder Eingriff des Heilpraktikers bedarf der Einwilligung des Patienten. Damit dieser das Für und Wider einer Behandlung abwägen kann, verlangt die Rechtsordnung dessen Aufklärung über Art, Zweck und Tragweite (einschließlich der eventuellen Risiken) einer Behandlung. Ebenso muss der Kranke über die Folgen der Unterlassung einer als geboten erscheinenden Behandlung aufmerksam gemacht werden. Die Aufklärung soll auch zur Mitverantwortung für die Heilung des Patienten beitragen (mündiger Patient).

Schweigepflicht

Der Heilpraktiker ist verpflichtet, über alle Informationen, die er im Rahmen seiner beruflichen Tätigkeit erlangt, Stillschweigen zu bewahren. Eine Offenbarung des Berufsgeheimnisses ist nur zulässig, wenn der Patient ihn in der Regel schriftlich von der Schweigepflicht entbindet. Notwendige Informationen an Krankenversicherungen müssen nach bestem Wissen und Gewissen bereitgestellt werden.

Gesetzliche Krankenkassen

Gemäß den Vorschriften der Reichsversicherungsordnung (RVO) besteht kein Anspruch auf Erstattung von Leistungen des Heilpraktikers durch die gesetzlichen Krankenkassen.

Honorar des Heilpraktikers

Nach den gesetzlichen Bestimmungen zum Dienstvertrag hat der Heilpraktiker Anspruch auf eine Vergütung, die frei vereinbart werden kann. Wurde bei Abschluss des Behandlervertrags über die Vergütung nicht gesprochen, gilt diese gemäß § 612 BGB dennoch als vereinbart. Sofern nichts anderes festgelegt ist, wird die übliche Vergütung als vereinbart betrachtet. Diese übliche Vergütung ergibt sich aus der Festlegung der Leistung nach billigem Ermessen (§ 315 BGB). Die durchschnittlichen Honorarsätze für verschiedene Leistungen, die in einer Umfrage unter Heilpraktikern ermittelt wurden, sind im Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebÜH) zusammengefasst. Im Gegensatz zur Gebührenverordnung für Ärzte (GOÄ) stellt die GebÜH keine verbindliche Gebührenordnung dar, sondern dient lediglich als Hilfestellung bei der Rechnungsstellung. Die dort genannten Sätze werden jedoch in der Rechtsprechung als „übliche Vergütung“ anerkannt.

Private Krankenversicherer und Beihilfe

Heilpraktiker sind nicht Teil des Systems der gesetzlichen Krankenversicherungen. Daher erhalten gesetzlich Krankenversicherte grundsätzlich keine Erstattung der Behandlungskosten von ihrer Krankenkasse. Patienten sollten sich vor Beginn der Behandlung bei ihrer Krankenkasse über mögliche Ausnahmen informieren. Mitglieder privater Krankenversicherungen, privat Zusatzversicherte und beihilfeberechtigte Patienten könnten Anspruch auf eine Erstattung ihrer Behandlungskosten bei ihrer Versicherung haben. Das Erstattungsverfahren muss vom Patienten eigenverantwortlich gegenüber seiner Versicherung durchgeführt werden. In der Regel sind die Erstattungen auf die Sätze des Gebührenverzeichnisses beschränkt. Etwaige Differenzen zwischen dem Gebührenverzeichnis und dem Honorar des Heilpraktikers sind vom Patienten selbst zu tragen. Die Ergebnisse aller Erstattungsverfahren haben keinen Einfluss auf das vereinbarte Honorar des Heilpraktikers. Der Honoraranspruch des Heilpraktikers ist vom Patienten, unabhängig von jeglichen Versicherungs- und/oder Beihilfeleistungen, in voller Höhe zu begleichen.

Berufspflichten des Heilpraktikers

Der Heilpraktiker setzt mit größter Sorgfalt die Heilmethoden ein, von denen er überzeugt ist, dass sie auf dem einfachsten, schnellsten und kostengünstigsten Weg zu einem Heilerfolg oder zur Linderung von Krankheiten oder Leiden führen können. Laut der Berufsordnung der Heilpraktiker und den geltenden Gesetzen ist es dem Heilpraktiker untersagt, Heilungsversprechen an Patienten zu geben. Bei Hausbesuchen muss jeder Patient in seiner eigenen Wohnung behandelt werden. Fernbehandlungen und -diagnosen sind nicht erlaubt. Telefonische Beratungen im Rahmen einer fortgesetzten Behandlung sind jedoch möglich, sofern der Heilpraktiker den Patienten zuvor untersucht hat.

Terminvergabe

Da ich eine reine Terminpraxis führe, bin ich verpflichtet, Termine, die nicht mindestens 24 Stunden im Voraus abgesagt werden, vollständig in Rechnung zu stellen.

Mit meiner Unterschrift erkenne ich an, dass ich die Informationen zur Patientenaufklärung gelesen habe und ihnen zustimme.

Ort, Datum

Unterschrift

Patienteninformationen zum Datenschutz

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

der Schutz Ihrer persönlichen Daten liegt mir am Herzen. Gemäß der EU-Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) bin ich verpflichtet, Sie darüber zu informieren, aus welchem Grund meine Praxis Daten erhebt, speichert und weitergibt. Aus den folgenden Informationen können Sie auch entnehmen, welche Rechte Sie in Bezug auf den Datenschutz haben.

Verantwortlichkeit für die Datenverarbeitung

Verantwortlich für die Datenverarbeitung ist:

Naturheilpraxis Katharina Sohns
An der Wasserbrede 21a
32758 Detmold
Telefon: 0157-73864603
info@naturheilpraxis-sohns.de

Zweck der Datenverarbeitung

Die Datenverarbeitung geschieht aufgrund gesetzlicher Anforderungen, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und Ihrer Heilpraktikerin sowie die damit verbundenen Verpflichtungen zu erfüllen. Hierbei werden Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Ihre Gesundheitsdaten, verarbeitet. Dazu zählen Anamnesen, Diagnosen, Therapievorschlüsse und Befunde, die von mir oder anderen Ärzten, Heilpraktikern und Therapeuten erfasst werden. Zu diesen Zwecken können mir auch Informationen von anderen Heilpraktikern, Ärzten oder Therapeuten, bei denen Sie in Behandlung sind, zur Verfügung gestellt werden.

Empfänger ihrer Daten

Ich gebe Ihre personenbezogenen Daten nur an Dritte weiter, wenn dies gesetzlich zulässig ist oder Sie ausdrücklich zugestimmt haben. Zu den Empfängern Ihrer Daten können insbesondere andere Heilpraktiker, Ärzte, Therapeuten, Krankenkassen, die Kassenärztliche Vereinigung, der medizinische Dienst der Krankenversicherung, die Ärztekammer und privatärztliche Abrechnungsstellen gehören.

Die Datenübermittlung erfolgt hauptsächlich zur Abrechnung der erbrachten Leistungen sowie zur Klärung medizinischer Fragen und solcher, die aus dem Versicherungsverhältnis resultieren. In bestimmten Fällen werden Daten auch an andere berechnigte Empfänger weitergegeben.

Speicherung Ihrer Daten

Ich speichere Ihre personenbezogenen Daten nur solange, wie es für die Durchführung der Behandlung notwendig ist. Aufgrund gesetzlicher Anforderungen bin ich verpflichtet, diese Daten mindestens 10 Jahre nach Beendigung der Behandlung aufzubewahren.

Ihre Rechte

Sie haben das Recht, Informationen über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten zu erhalten. Zudem können Sie die Korrektur falscher Daten anfordern. Unter bestimmten Voraussetzungen haben Sie außerdem das Recht auf Löschung Ihrer Daten, das Recht auf Einschränkung der Datenverarbeitung und das Recht auf Datenübertragbarkeit. Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt auf Grundlage gesetzlicher Bestimmungen. Nur in Ausnahmefällen benötige ich Ihre Zustimmung. In diesen Fällen haben Sie das Recht, Ihre Einwilligung für die zukünftige Verarbeitung zu widerrufen. Darüber hinaus steht es Ihnen frei, sich bei der zuständigen Datenschutzaufsichtsbehörde zu beschweren, wenn Sie der Meinung sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtskonform ist.

Die Anschrift der für mich zuständigen Aufsichtsbehörde lautet:

Stadt Detmold
Marktplatz 5

32756 Detmold

Tel.: 05231 – 977 0
info@detmold.de

Rechtliche Grundlage

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.

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann. Ich habe diese Mitteilung gelesen und verstanden.

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Ort, Datum

Unterschrift