



Patientenfragebogen

Liebe Patientin, lieber Patient, bitte erleichtern Sie mir die Arbeit vorab, indem Sie mir folgende Informationen geben. (Bitte ausfüllen, bzw. Zutreffendes unterstreichen.)

Name, Vorname

Straße, Nr. PLZ, Wohnort

Telefon privat

mobil

E-Mail

Geburtsdatum

Versicherung: privat Krankenzusatzversicherung gesetzlich Beihilfe Beruf

(Freiwillige Angabe: Wie sind Sie auf meine Praxis aufmerksam geworden?

Empfehlung Zeitung Internet Praxisschild Anderes)

Wo sind Ihre derzeitigen Beschwerden?

Wann sind diese erstmals aufgetreten?

Welche Medikamente nehmen Sie momentan oder regelmäßig ein?

Bekannte Allergien/Unverträglichkeiten

Operationen:

Unfälle:

Besteht die Möglichkeit einer Schwangerschaft?

Kopf

Nase Operationen – Nasennebenhöhlenentzündungen - behinderte Nasenatmung - Nase verstopft -

Mandeln Operation - häufig Mandelentzündungen als Kind / heute - Schilddrüse Überfunktion -

Unterfunktion - Vergrößerung – Operation – Migräne – Nackenschmerzen – Augenprobleme - Allergien



Brust und Bauch

Leber Entzündung - Hepatitis

Galle Steine - Koliken - Operation - Druck im Oberbauch - Fettunverträglichkeit

Magen Völlegefühl - Gastritis - Appetitlosigkeit - Nahrungsmittelallergien.....

Darm Infektionen - Hämorrhoiden - Blinddarmoperation - Blähungen - Geruch.....

Stuhlgang täglich - jeden 2. - 3. - 4. Tag - unregelmäßig - riecht nach.....

Neigung zu Verstopfung/Durchfall - Beschaffenheit: Stuhl hell - dunkel - übel riechend - hart - knollig - weich
- kann Stuhl nicht halten- Gefühl, nicht fertig zu werden - Stuhlgang wechselhaft usw.

Sonstiges

Rücken - Arme- Beine - Haut

Arme Verletzungen - Schmerzen - Tennisellenbogen - Kribbeln - kalte Hände

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

Rücken Beweglichkeit eingeschränkt - Verspannungen - Belastungen - Rheuma

Haut/Nägel Verbrennungen - Geschwüre - Hautjucken - Warzen - Pilze - eingewachsene Nägel -
Nagelbettentzündungen – Neurodermitis – Neurodermitis als Kind

Narben Haben Sie durch Operationen oder Verletzungen Narben?

0 Ja - bitte unbedingt beim Besuch zeigen - auch kleine 0 Nein

Sonstiges

Unterleib – Gynäkologie

Gynäkologie Ausfluss - Eierstockentzündungen - Ausschabungen - Myome - Tumore - Fehlgeburten,
Zysten, usw.

Menses Wann war die erste Menses..... wann die letzte.....

Beschwerden: vor - nach - während der Regel? welche

Klimakterische Beschwerden.....

Nehmen Sie Verhütungsmittel? Welche

Prostata vergrößert - Entzündungen gehabt - aktuell - Beschwerden beim Wasserlassen - Schmerzen

Niere/Blase Nierensteine - Entzündungen.....wie oft.....

Harn viel - wenig -häufig - kann nicht halten - Geruch nach - auch nachtswie oft.....

Sonstiges

Allgemeines

Trinken Sie Alkohol? O ja O nein Wie oft/viel?.....Was?.....

Rauchen Sie? O ja O nein Wie oft/viel?.....Seit wann?.....

Wieviel Liter und was trinken Sie pro Tag?.....

Waren Sie in den letzten 24 Monaten im außereuropäischen Ausland? Wo?

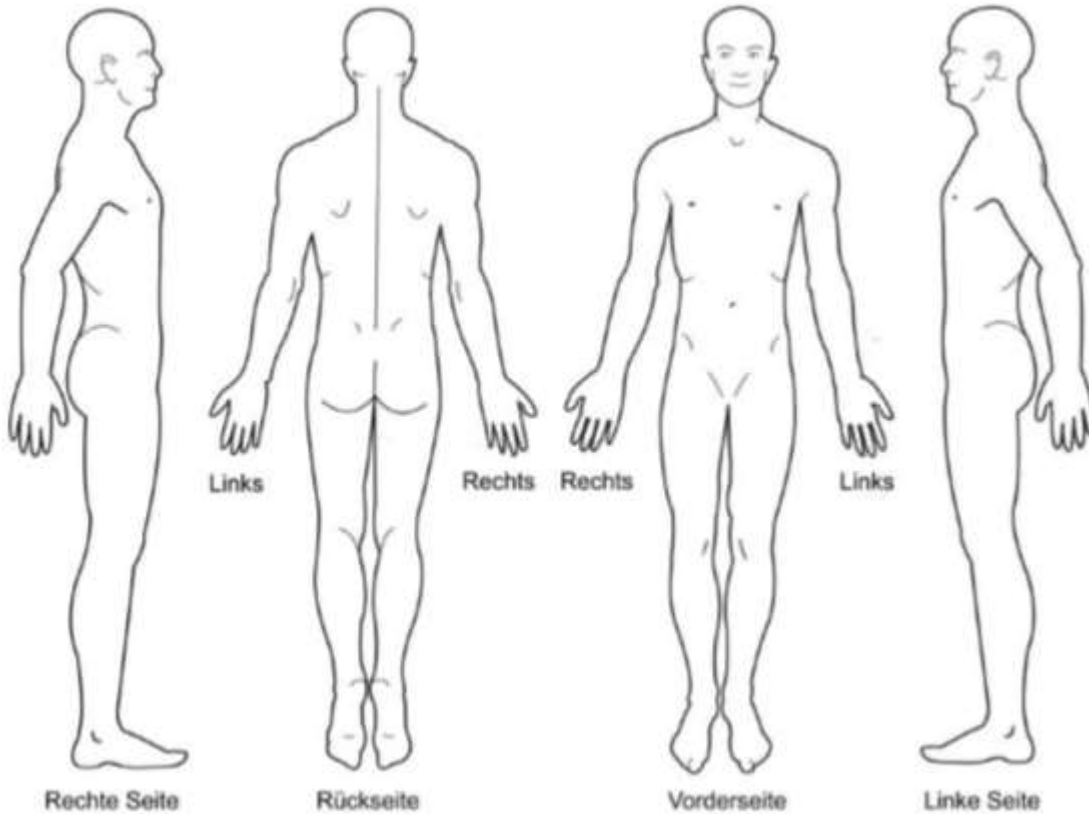
.....

Schlaf

Schlaflosigkeit - häufiges Erwachen (Uhrzeit) - Schwierigkeiten beim Einschlafen - Sprechen im Schlaf - Unruhe in den Beinen - Nachtschweiße - heiße Füße - Zähneknirschen, verstopfte Nase beim Erwachen - Schnarchen - Atemaussetzer

Schlafzeit übliches zu Bett gehen übliches Aufstehen.....

Bitte zeichnen Sie im Körperschema ein, an welchen Stellen Ihre Schmerzen auftreten.



Wie stufen Sie ihr momentanes Allgemeinbefinden ein?

1	2	3	4	5	6	7	8	9
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1= sehr gut, 9= sehr schlecht



Sie werden hiermit über Folgendes informiert:

Die Rechnungsstellung erfolgt auf Basis der Gebührenordnung für Heilpraktiker (GebüH) und ist bei Privatkassen und der Beihilfe erstattungsfähig. Informieren Sie sich bitte vorab bei Ihrer Krankenkasse, welche Kosten übernommen werden. (Die Beihilfe erstattet z.B. keine Bioresonanztherapie.) Die Kosten richten sich in dem Fall nach den Ziffern der GebüH, betragen jedoch mindestens den Stundensatz der Praxis.

Wieviel Sie von Ihrer Kasse erstattet bekommen, ist von Kasse zu Kasse und von Tarif zu Tarif unterschiedlich. Informieren Sie sich deswegen bitte vorab bei Ihrer Krankenkasse, welche Kosten übernommen werden.

Ich weise darauf hin, dass meine Gebühren unabhängig von einer evtl. Übernahme durch Ihre Krankenversicherung von Ihnen zu begleichen sind.

Die Kosten sind auch dann zu tragen, wenn ein vereinbarter Termin nicht spätestens 24 Stunden vorher abgesagt wurde ansonsten werden Termine wie folgt berechnet: Ersttermin 100€
Folgetermin 60€

Sind Sie bei einer gesetzlichen Krankenversicherung ohne Zusatzversicherung versichert, müssen Sie die Kosten für den Heilpraktikerbesuch selbst übernehmen.

Für Selbstzahler, also gesetzlich Versicherte ohne Krankenzusatzversicherung belaufen sich die Kosten für den Ersttermin (ca. 90 Min): 160€ und für Folgetermine (55 Min): 110€

Der Betrag ist bar oder per ec-Karte zu bezahlen.

Die Angaben im Patientenfragebogen sind freiwillig und unterliegen selbstverständlich der Verschwiegenheit.

Ort, Datum

Unterschrift



Patienteninformation

gem. der Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO)

Sehr geehrte Patientin,
sehr geehrter Patient,

nach der Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO) bin ich mit Wirkung zum 25.05.2018 verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck wir Ihre personenbezogenen Daten erheben, speichern und ggf. an Dritte weiterleiten und welche Rechte Ihnen bezüglich Ihrer Daten zustehen.

Im Einzelnen führe ich insofern wie folgt aus:

1. Der Verantwortliche für die Verarbeitung der Patientendaten ist der Praxisinhaber:
Yvonne Bayer, Wendelsteinstrasse 39, 85435 Erding, 08122/5689108, gesundheit@sanigi.de

Ein ständiger Vertreter und/oder Datenschutzbeauftragter ist in der Praxis nicht vorhanden.

2. Ihre personenbezogenen Daten werden zum Zwecke der heilkundlichen Versorgung sowie zur Abrechnung der Leistungen erhoben und im automatisierten Praxisverwaltungssystem und in den händischen Patientenakten gespeichert. Bei den Daten handelt es sich neben Ihren Kontaktdaten insbesondere um Gesundheitsdaten wie Anamnese, Medikation, Diagnosen, Therapievorschlüsse, Befunde usw. Auch andere Heilpraktiker/Ärzte, bei denen Sie sich in Behandlung befinden, können uns zu diesem Zweck Daten zur Verfügung stellen.

Die Erhebung und Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten ist auf der Grundlage des Behandlungsvertrages zwischen Ihnen und dem Praxisinhaber notwendige Voraussetzung für eine adäquate und sorgfältige Behandlung.

3. Die Übermittlung der Daten an Dritte erfolgt nur, soweit es rechtlich zulässig ist oder Sie hierzu ausdrücklich eingewilligt haben. Dritte in diesem Sinne können andere Leistungserbringer (Heilpraktiker/Ärzte/Physiotherapeuten usw.), Krankenversicherungen oder auch eine Verrechnungsstelle sein.

Der Praxisinhaber lässt die Abrechnung der heilkundlichen Tätigkeit bei der mediserv Bank GmbH (Am Halberg 6, 66121 Saarbrücken) erstellen. Ausschließlich zu diesem Zweck werden der PVS Namen, Adresse und abrechnungsrelevante Daten des Patienten wie Diagnosen, Befunde, erbrachte Leistungen usw. übermittelt.

4. Ihre personenbezogenen Daten werden in der Praxis noch mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufbewahrt (§ 630 f BGB). Unter Umständen können sich nach anderen gesetzlichen Bestimmungen auch längere Aufbewahrungsfristen ergeben (bspw. müssen Aufzeichnungen über Röntgenbehandlungen gem. § 28 Abs. 3 RöV noch mindestens 30 Jahre nach der Behandlung aufbewahrt werden).



5. Rechtsgrundlagen der Datenverarbeitung sind

- der Behandlungsvertrag zwischen Praxisinhaber und Patient,
- Art. 6 Abs. 1 b), Art. 9 Abs. 2 f), h) i.V.m. Abs. 3 DS-GVO,
- § 22 Abs. 1 Nr. 1 b) BDSG und
- die in diesem Zusammenhang von Ihnen abgegebenen Einwilligungserklärungen.

6. Ihnen stehen bezüglich Ihrer Daten verschiedene Rechte zu:

So können Sie *Auskunft* über die erhobenen Daten und die *Berichtigung* unrichtiger Daten verlangen. Unter bestimmten Voraussetzungen steht Ihnen auch das Recht auf *Löschung* der gespeichert Daten zu. Auf die *Einschränkung der Verarbeitung/Sperrung* der Daten haben Sie, soweit die Voraussetzungen gegeben sind, ebenfalls Anspruch.

Soweit die Voraussetzungen dafür erfüllt sind, steht Ihnen des Weiteren das Recht auf Datenübertragbarkeit zu (sog. *Recht auf Datenportabilität*).

Eine erteilte Einwilligung in die Datenverarbeitung können Sie jederzeit *widerrufen*. Näheres zu diesem Widerrufsrecht lässt sich dem jeweiligen Einwilligungs-Formular entnehmen.

Und schließlich steht Ihnen ein Recht auf *Beschwerde* bei der zuständigen Aufsichtsbehörde zu, soweit Sie der Auffassung sind, dass die Verarbeitung der erhobenen Daten gegen die DS-GVO verstößt.

Bei Fragen zu den einzelnen Punkten stehe ich Ihnen selbstverständlich jederzeit gerne zur Verfügung

Yvonne Bayer,
Heilpraktikerin
Sanigi Naturheilpraxis

Ort, Datum

Unterschrift Patient