



**PRAXIS FÜR
NATURHEILKUNDE
UND OSTEOPATHIE**

Barbara Kappelsberger
HEILPRAKTIKERIN

Anamnese-Fragebogen

Damit ich Ihnen bestmöglich helfen kann, benötige ich einige Informationen von Ihnen, z.B. zu Ihrer Krankengeschichte, Ihrem Lebensumfeld, Ihrer Familiengeschichte. Bitte füllen Sie zu diesem Zweck den Fragebogen sorgfältig aus und bringen ihn zu unserem nächsten Termin mit.

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon privat: _____

Telefon beruflich: _____

E-Mail: _____

Beruf: _____

Familienstand: _____

seit: _____

Kinder (m/w/Geburtsdatum): _____

Religion: _____

Körpergröße: _____

Gewicht: _____

Wie sind Sie auf mich aufmerksam geworden? _____

- Versicherung: gesetzlich versichert
 Zusatzversicherung
 Privatversicherung

Name der Versicherung / Tarif: _____

Wer ist Ihr behandelnder Arzt: _____

Welche Beschwerden führen Sie zu mir?

Was haben Sie bereits gegen Ihre Beschwerden unternommen/ Liegen Befunde vor?

z.B. Massagen, andere Anwendungen/ Röntgenaufnahmen, Laborwerte, etc. (Bitte bringen Sie wenn möglich diese Befunde auch mit)

Was war unmittelbar vor dem ersten Auftreten der jetzigen Beschwerden?

z.B. eine Erkrankung, Unfall, Kummer, Trauer, Schreck, Operation, Hautausschlag, Durchfall, etc

Welche Krankheiten sind in Ihrer Familie bekannt? Eltern, Großeltern, Geschwister

z.B. Krebs, Tuberkulose, Asthma, Depression, Geschlechtskrankheiten, Herzkrankheit, Gefäßleiden, Multiple Sklerose, Gicht, Allergien, Neurodermitis, Migräne, usw.

Welche Infektionskrankheiten haben Sie durchgemacht?

Masern, Mumps, Röteln, Keuchhusten, Windpocken, Scharlach, Tetanus, Kinderlähmung, Malaria, Salmonellose, Ruhr, Pfeifferisches Drüsenfieber, Geschlechtskrankheiten, usw.

Welche Impfungen haben Sie bekommen? Wenn möglich bitte Impfausweis mitbringen.

z.B. Tuberkulose (TBC), Kinderlähmung (Polio), Diphtherie, Tetanus, Hepatitis, FSME, usw.

Gab es Reaktionen auf Impfungen?

z.B. Fieber, Krämpfe, Unruhe, Schlaflosigkeit, Verhaltensveränderung, Schmerzen, usw.

Haben Sie Allergien? Welche? Seit wann?

Pollen _____
 Lebensmittel _____
 sonstige _____

Fühlen Sie sich in Ihrem Allgemeinzustand eingeschränkt? JA NEIN

Wenn JA, wie _____
 (z.B. in der Lebensqualität, Antriebslosigkeit, Mobilität, Konzentration, usw.)

Besonderheiten (wichtig!)

Haben sich in letzter Zeit Ihre Gewohnheiten verändert? z.B. bevorzugte Speisen oder Getränke, besonderes Verlangen, Auffälligkeiten im Wärmehaushalt oder besondere Gewohnheiten im Alltag.

Ihre Gewohnheiten

	NEIN	JA	
Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wie viel? Seit wann? _____
Trinken Sie regelmäßig Alkohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wie oft? Was? _____
Haben Sie viel Stress?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wie oft? Welchen? _____
Treiben Sie Sport?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wie oft? Welchen? _____
Essen Sie frisches Gemüse und Obst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wie oft? _____
Trinken Sie genügend?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wie viel? _____
Essen Sie Seefisch, Fleisch und Wurst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wie oft? _____
Haben Sie regelmäßig Stuhlgang?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wie oft pro Tag/Woche? _____
Schlafen Sie ausreichend?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ Stunden pro Nacht _____ nachmittags

Haben Sie Beschwerden an bzw. mit?

	NEIN	JA	Welche/wo
Kopf/Hals/Zähne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Schilddrüse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Herz/Kreislauf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Gefäße	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

NEIN JA Welche/wo

Lunge/Atemwege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Magen/Darmsystem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Niere/Blase	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Genital/Sexualität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Nerven/Psych	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Muskulatur/Knochen/ Gelenke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Haut/Warzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Sonstige Beschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Welche Medikamente nehmen Sie ein?

Medikamente (Name)	Dosierung	Seit wann?

Bitte bringen Sie die Packungsbeilage Ihrer Medikamente mit.

Notieren Sie alle Krankenhausaufenthalte, Operationen, Therapien; Kuren:

Art	Wann ca

Ungefähre Angaben sind ausreichend

Wie soll ich Sie bei Bedarf vorzugsweise kontaktieren?

- per Telefon unter folgender Nummer _____
- per E-mail unter folgender Adresse _____
- per Post unter folgender Anschrift _____

Informationen zu den Behandlungskosten

Zum Monatsende stelle ich Ihnen die von mir erbrachten Leistungen in Rechnung. Die Abrechnung erfolgt nach der Leistungsübersicht der GebüH (Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker). Der Rechnungsbetrag muss unabhängig von einer eventuellen Kostenübernahme durch Ihre Krankenkasse, innerhalb von 14 Tagen auf das angegebene Konto überwiesen werden.

Für eine Stunde müssen Sie mit ca. 100 Euro rechnen. Entsprechend dem Aufwand für Untersuchungen und benötigtem Material, kann dieser Betrag auch höher ausfallen.

Die Behandlungskosten beim Heilpraktiker werden durch private Krankenversicherungen und private Zusatzversicherungen entsprechend der vereinbarten Tarife erstattet. Fragen Sie hierzu vor der Behandlung bei Ihrer Krankenkasse noch einmal nach, welche Tarife bezüglich Heilpraktiker vereinbart sind. Des Weiteren sind in den verschiedenen Tarifen die erstattungsfähigen Therapieformen festgelegt, welche von den Kassen sehr unterschiedlich bewertet werden und in der Praxis auf Erstattungsfähigkeit nicht berücksichtigt werden können.

Sie müssen damit rechnen, dass Ihre Versicherung nur einen Teil der Kosten übernimmt. Gesetzliche Krankenkassen übernehmen in Deutschland die Kosten der Heilpraktiker leider nicht.

Grundsätzlich gehe ich davon aus, dass Sie Termine nur in dringenden Fällen verschieben oder absagen. Bei vereinbarte Termine die ohne Absage nicht wahrgenommen werden, muss ich Ihnen den vollen Betrag in Rechnung stellen. Der Eingang der Absage wird bis 24 Stunden vor Termin berücksichtigt. Die Nachricht auf dem Anrufbeantworter gilt ebenfalls.

Falls Sie noch Fragen haben rufen Sie mich bitte an.

Ort, Datum

Unterschrift

Bitte bringen Sie den ausgefüllten Anamnesebogen zu Ihrem nächsten Termin mit.
Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie sich mit der Regelung zur Kostenübernahme einverstanden.

Kontakt



Praxis für NATURHEILKUNDE und OSTEOPATHIE

Barbara Kappelsberger
Heilpraktikerin

Praxiskollektiv Kirchplatz III
Kirchplatz 3
85617 Assling

Telefon: 0159 06190182
E-mail: naturheilpraxis.kappelsberger@web.de
Internet: www.barbara-kappelsberger.de

E-mail:
Internet:

Datenschutzvereinbarung (DS-GVO)

zwischen

Patient/in _____

geb. _____

Str./Nr. _____, PLZ/Ort _____

Email: _____

und



PRAXIS FÜR NATURHEILKUNDE UND OSTEOPATHIE

Barbara Kappelsberger
HEILPRAKTIKERIN

Praxiskollektiv Kirchplatz III
Kirchplatz 3, 85617 Assling
Telefon: 0159 06190182
Email: naturheilpraxis.kappelsberger@web.de

§ 9 Schriftliche Einwilligung gemäß Datenschutzverordnung (DS-GVO)

In der Praxis können wir nur mit Hilfe der elektronischen Datenverarbeitung (EDV) die angebotenen Dienstleistungen korrekt, schnell und wirtschaftlich erbringen.

Nach Artikel 9 des „Code of Conduct“ (CoC) können folgende Stammdaten von Patienten verarbeitet werden (zum Beispiel):

- Name, Adresse, Geburtsdatum
- Kundennummer, Versicherungsnummer(n)
- vergleichbare Identifikationsdaten
- Kontoverbindung, Telekommunikationsdaten
- Angaben zur Werbesperre oder Werbeeinwilligung
- Sperren für Markt- und Meinungsforschung
- Daten zur Abgabe in ISH zur digitalen Abrechnung

Dies geschieht nur, wenn sichergestellt ist, dass die technischen und organisatorischen Maßnahmen den datenschutzrechtlichen Anforderungen entsprechen und die Einhaltung des Code of Conduct (CoC) durch die für das gemeinsame Verfahren verantwortliche Stelle gewährleistet ist.

Hinweis: . Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass bei Telefon- und Video-Sprechstunden die Sicherheit der gewählten Kanäle seitens der Praxis nicht gewährleistet werden kann und versichere hiermit, die Praxis nicht regresspflichtig zu machen, falls es aufgrund von etwaigen Sicherheitslücken zu unbefugtem Informationsfluss durch Dritte kommen sollte.

Die strikte Einhaltung der Schweigepflicht des Therapeuten und der Praxis jedoch bleiben hiervon unberührt.

Die Vorschriften des Datenschutzes (BDSG, DS-GVO) verlangen eine Einwilligung in die Datenspeicherung und Datenverarbeitung. Daher bitte ich Sie, diese Einwilligung zu unterschreiben.

Hiermit willige ich ein, dass die notwendigen Daten zum Zweck der Dokumentation und Abrechnung erhoben, gespeichert und verarbeitet werden.

Ort _____ Datum _____

Unterschrift des Patienten / der Patientin (oder des / der Erziehungsberechtigten)

**Rechte des Betroffenen: Auskunft, Berichtigung, Löschung und Sperrung
Widerspruchsrecht**

Sie sind gemäß § 15 DS-GVO jederzeit berechtigt, gegenüber mir (uns) um umfangreiche Auskunftserteilung zu den zu Ihrer Person gespeicherten Daten zu ersuchen.

Gemäß § 17 DS-GVO können Sie jederzeit gegenüber mir (uns) die Berichtigung, Löschung und Sperrung einzelner personenbezogener Daten verlangen. Die Löschung kann aber frühestens nach der gesetzlichen Frist erfolgen.

Sie können darüber hinaus jederzeit ohne Angabe von Gründen von Ihrem Widerspruchsrecht Gebrauch machen und die erteilte Einwilligungserklärung mit Wirkung für die Zukunft abändern oder gänzlich widerrufen.

Sie können den Widerruf entweder postalisch, per E-Mail oder per Fax an mich (uns) übermitteln. Es entstehen Ihnen dabei keine anderen Kosten als die Portokosten bzw. die Übermittlungskosten nach den bestehenden Basistarifen.