

Patientenaufnahme und Anamnesebogen

Name des Patienten	Vorname	geb. am
PLZ	Wohnort	Straße
Telefon (privat) und (geschäftlich)	Handy	E-Mail
Beruf (wg. körperlicher Tätigkeit)	Arbeitgeber (wg. körperlicher Tätigkeit)	Krankenkasse/ Zusatz- Versicherung

Empfohlen von:

Hausarzt mit Adresse:

Sind Sie Raucher? ja nein / Marcumar Patient: ja nein

Beschwerden/ Schmerzen (wo / seit wann / wie?)

Leiden Sie an chronischen Erkrankungen?

- Allergien Diabetes Bluthochdruck Medikamentenunverträglichkeiten / Allergien
 Nahrungsmittelunverträglichkeiten oder Allergien Sportverletzungen Borreliose/ Zeckenbiss
 Hepatitis HIV Schlafprobleme Stimmungsschwankungen Erschöpfung/ Müdigkeit
 andere

Genauere Beschreibung, wenn möglich:

Welche relevanten Operationen hatten Sie bereits?

Sportliche Aktivitäten (welche / wie oft?):

Körpergröße: _____ cm Gewicht: _____ Kg.

Das Honorar berechnet sich nach dem jeweiligen Zeitaufwand der Behandlung/Beratung. Die Erstattungen der PKV oder ggf. der staatlichen Beihilfe sind in der Regel auf die Sätze des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker beschränkt. Etwaige Differenzen zwischen den Beträgen aus dem Gebührenverzeichnis und dem mündlich oder schriftlich vertraglich vereinbarten Heilpraktiker-Honorar sind von der Patientin/dem Patienten zu tragen. Die Ergebnisse sämtlicher Erstattungsverfahren haben keinen Einfluss auf das vereinbarte Heilpraktiker-Honorar. Der Honoraranspruch des Heilpraktikers ist von der Patientin/dem Patienten unabhängig von jeglicher Versicherungsleistung und/oder Beihilfeleistung in voller Höhe zu begleichen. In meiner Praxis werden zum Zweck Ihrer Behandlung personenbezogene Daten im Rahmen des Behandlungsvertrages, sowie gesundheitsbezogene Daten erhoben und gespeichert. Ich verarbeite Ihre personenbezogenen Daten zur Kontaktaufnahme und Kommunikation (auch E-Mail, Handy Telefon- und WhatsApp Kommunikation) sowie zur Rechnungsstellung. Gemäß Bundesdatenschutz erteile ich die Erlaubnis, die zur Rechnungsstellung, Kontaktaufnahme und Kommunikation erforderlichen Daten in unseren Computern und Handy zu speichern. Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist Artikel 9 Abs. 2 lit. h) DSGVO in Verbindung mit Paragraf 22 Absatz 1 Nr. 1 lit. b) Bundesdatenschutzgesetz. Hiermit willige ich in die Speicherung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten sowie meiner Gesundheitsdaten zum Zwecke der Behandlung, Dokumentation, Kommunikation und Abrechnung (nach §630 Abs.1 BGB) ein.

Ort / Datum

Unterschrift