

Liebe Patienten, bitte füllen Sie diesen Bogen leserlich und in Druckbuchstaben aus.

Anamnesebogen

Patient		Erziehungsberechtigter:
Name, Vorname:		Name, Vorname:
Geb. Datum:		Geb. Datum:
Adresse:		Adresse:
Ort:		Ort:
Telefonnummer:		Telefonnummer:
E-Mailadresse:		E-Mailadresse:
Gewicht, Größe:		
Beruf:		
Sport:		
Hausarzt:		
Krankenkasse:	Beihilfe:	Postbeamten-KV:
Heilpraktiker-Zusatzversichert bei:		

Einwilligungserklärung in die Datenverarbeitung

von Herrn/ Frau

.....

Ich bin damit einverstanden, dass durch die Praxis „Osteopathie heute“- Saskia Klinke meine Daten zu folgenden Zwecken erhoben, verarbeitet und genutzt werden.: Zur Pflege der Kontaktdaten, der Erfüllung des Behandlungsvertrages, zur Abrechnung erbrachter Leistungen, Abrechnungsstellen oder dem Patienten, zur therapeutischen Dokumentation, zum Erstellen von Behandlungsberichten und Arztbriefen.

Zu diesen Zwecken können Ihre Daten an den überwiesenen Arzt und die Krankenkasse weitergegeben oder vermittelt werden. Dort werden diese ebenfalls zu folgenden Zwecken verarbeitet und genutzt: Zur Pflege der Kontaktdaten, zur Abrechnung erbrachter Leistungen, zur therapeutischen Dokumentation.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass

- die im Rahmen der vorstehenden genannten Zwecke erhobenen persönlichen Daten meiner Person unter Beachtung des DSGVO und des BDSG erhoben, verarbeitet, genutzt und übermittelt werden.
- die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten auf freiwilliger Basis erfolgt und dass ich mein Einverständnis verweigern mit der Folge, dass der Behandlungsvertrag nicht erfüllt werden kann/ nicht zustande kommt und die Behandlung nicht erfolgen kann.
- Ich bin jederzeit berechtigt, Auskunft über die zu meiner Person gespeicherten Daten zu verlangen.
- Ich bin jederzeit berechtigt, die Berichtigung, Löschung oder Sperrung einzelner personenbezogenen Daten zu verlangen.
- Ich bin jederzeit berechtigt, mit Wirkung für die Zukunft diese Einwilligungserklärung zu widerrufen.

Im Falle des Widerrufs ist der Widerruf zu richten an:

Praxis Osteopathie heute- Saskia Klinke
z.H. Katharina Kurzinski
Empeler Straße 122
46459 Rees

Im Falle des Widerrufs werden meine Daten nach Ablauf gesetzlicher Fristen und falls solche nicht mehr zu beachten sind, mit dem Zugang der Willenserklärung der Praxis gelöscht. Die Praxis wird meinen Widerruf an die o.g. Dritten weiterleiten, die ihrerseits dann meine Daten löschen.

Den Aushang „**Patienteninformationen zum Datenschutz**“ habe ich gelesen und verstanden.

.....

Ort, Datum Unterschrift

Aufklärung und Einwilligung in die Nutzung unsicherer Kommunikationswege

Hiermit erkläre ich

.....

.....

Name, Vorname, Geburtsdatum

dass ich die Übermittlung folgender personenbezogener Daten (z.B. Termindaten, Kontaktdaten, Befunde, Newsletter, Rechnungen)

.....

.....

.....

durch die Praxis „Osteopathie heute“- Saskia Klinko

über folgenden Kommunikationsweg ohne weitere Sicherungsmaßnahmen und insbesondere unter Verzicht auf eine weitere Verschlüsselung wünsche.

- E-Mail an folgende Adresse:

.....

- Sonstige:

.....

Ich bin durch die Praxis ausdrücklich darauf hingewiesen worden, dass dieser Übertragungsweg nicht sicher ist und Gefahren für meine Daten birgt. Mir ist bewusst, dass ich diese Erklärung jederzeit ohne Angabe von Gründen mit zukünftiger Wirkung widerrufen kann.

.....

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten/ Erziehungsberechtigter

Behandlungs- und Kostenvereinbarung zwischen

Praxis „Osteopathie heute“

und

.....

(Vor- und Nachname + Geb.-Datum)

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

nachstehend möchte ich Sie über die Behandlungskosten und die Behandlungszeit aufklären. Das Honorar meiner Tätigkeit richtet sich nach dem Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker. Die von mir erbrachten Leistungen werden nicht von allen gesetzlichen Krankenkassen übernommen, ebenso ist bei der privaten Krankenkasse/Zusatzversicherung oder auch der Beihilfe die Übernahme der Kosten nur teilweise oder gar nicht, je nach vereinbarten tariflichen Bedingungen, möglich.

In allen Fällen verpflichten Sie sich die Behandlungs-/Untersuchungskosten in voller Höhe selbst zu begleichen, unabhängig von Ihren tariflichen Bedingungen. Die Auflistung der gültigen Honorarpositionen liegt an der Praxisanmeldung aus und wird Ihnen auf Verlangen vorgelegt. Die Begleichung der Kosten erfolgt direkt nach der Behandlung.

- Erst-Termin Osteopathie: Ausführliches Anamnesegespräch, Untersuchung und Behandlung nach osteopathischen Gesichtspunkten
- Folge-Termine Osteopathie: Kurzes Gespräch, kurze Untersuchung, ausführliche Behandlung nach osteopathischen Gesichtspunkten
- Heilpraktikerbehandlungen: Ausführliches Anamnesegespräch, Untersuchung und Behandlung nach heilpraktischen Gesichtspunkten, individuelle Dauer
- Die Abrechnung erfolgt in allen Fällen leistungsbezogen nach der GebühH (Gebührenordnung für Heilpraktiker) und liegt in der Regel zwischen 60€-100€, unabhängig von der Länge der Behandlung, diese richtet sich nach dem Verlauf der Behandlung

Beachten Sie bitte! Behandlungstermine, die nicht 24 Stunden vor Behandlungsbeginn abgesagt wurden, werden Ihnen nach § 615 BGB in Höhe von 60€ in Rechnung gestellt.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Kenntnisnahme, Vollständigkeit sowie die Richtigkeit meiner Angaben.

.....

Ort und Datum

.....

Unterschrift des Patienten

Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen:

Bisherige Medizinische Diagnosen

.....

.....

.....

Bisherige Operationen

.....

.....

.....

Medikamente (z.B. Blutdrucksenker, Pille oder Blutverdünner)

.....

.....

.....

Bekannte Allergien bzw. Unverträglichkeiten (z.B. Lebensmittel oder Pollen)

.....

.....

.....

Tragen Sie Einlagen in den Schuhen?

Ja:

Nein:

Welche Zahnbehandlungen hatten Sie in den letzten 5 Jahren?

.....

.....

Unfall/Traumata:

.....
.....

Benutzen Sie Hilfsmittel wie z.B. Schienen?

Ja,

.....

Bitte beschreiben Sie Ihre gegenwärtige Symptomatik

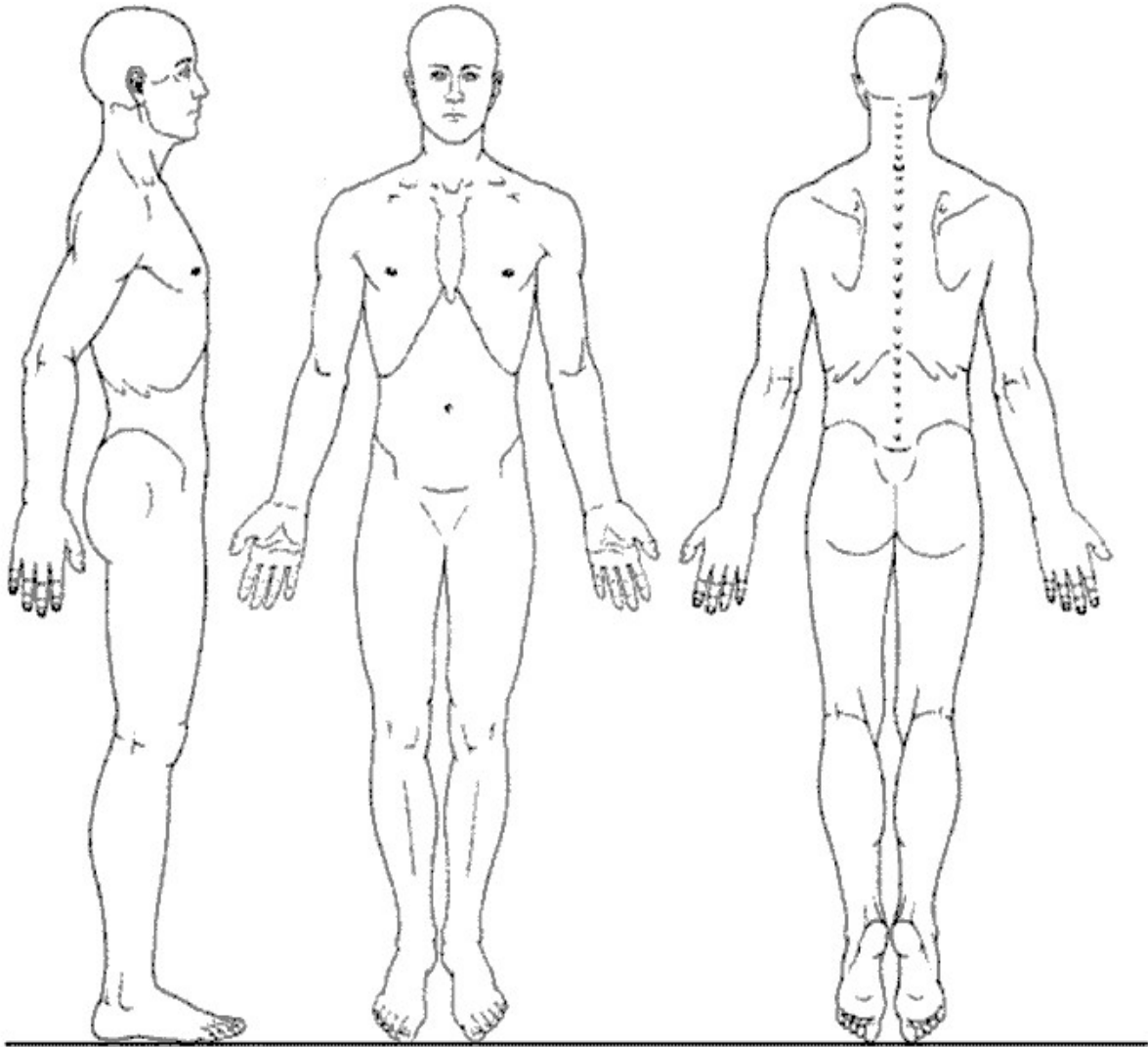
.....
.....

Schmerztagebuch (Wann treten Schmerzen auf, wie fühlt er sich an, beeinflussbar)

.....
.....

Bisherige Therapien

.....
.....
.....



Bitte tragen Sie hier Ihre Schmerzen ein.