

**Liebe Patientin, lieber Patient, liebe Eltern,**

vielen Dank, dass Sie mir Ihr Vertrauen schenken und sich zur Behandlung in meine Praxis begeben haben. Ihre Wünsche und Bedürfnisse liegen mir sehr am Herzen und ich freue mich auf eine gute Zusammenarbeit.

**Vorab noch einige Informationen zu Ihrer freundlichen Kenntnisnahme:**

In meiner Praxis werden Termine nach dem Bestellsystem vergeben. Da ich mir für Sie genügend Zeit lassen möchte, sind Ihre Termine ausschließlich für Sie reserviert. Deshalb ist ein Termin bei Verhinderung spätestens 24 Stunden zuvor telefonisch abzusagen. Andernfalls erlaube ich mir, Ihnen das Behandlungshonorar in Rechnung zu stellen.

Nach unserem Termin erhalten Sie eine Rechnung auf Grundlage der Gebührenverordnung für Heilpraktiker über die Behandlung, die auch zur Abrechnung mit Ihrer privaten Krankenversicherung, Beihilfestelle bzw. zur Vorlage beim Finanzamt genutzt werden kann.

Ich weise Sie hiermit darauf hin, dass einige meiner Diagnose- und Behandlungsmethoden nicht Bestandteil der leider stark veralteten Gebührenordnung für Heilpraktiker sind, dennoch erklären Sie sich bereit, mein Honorar zu bezahlen, unabhängig von der vollständigen Erstattung durch Ihre Versicherung oder Beihilfe.

Bitte sehen Sie dies als sinnvolle Investition in Ihre Gesundheit.

**Diese Informationen habe ich gelesen und bin damit einverstanden:**

**1**

Termin: \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Geb.: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

Versicherung \_\_\_\_\_

Kreuzen Sie hier an, wenn Sie meinen Newsletter mit Informationen über Veranstaltungen, Vorträge, Kurse und Seminare per Email erhalten möchten [  ].

\_\_\_\_\_  
Ort / Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

## Anamnesebogen

Name: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum / Uhrzeit: \_\_\_\_\_

Geburtsort: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ / Ort: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Mail-Adresse: \_\_\_\_\_

Kinder/ Alter: \_\_\_\_\_

Wer hat mich empfohlen: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

Krankenversicherung: \_\_\_\_\_

**2**

### **Liebe Patientin, lieber Patient,**

bitte nehmen Sie sich genug Zeit zum Durcharbeiten und Ausfüllen dieses Fragebogens. Für eine homöopathische Anamnese sind alle Einflüsse von Bedeutung, z.B. was bessert sich, was verschlechtert sich, wann erstmalig aufgetreten usw. Auch wenn etwas für Sie noch so unwichtig erscheint, erwähnen Sie es bitte.

### **Bitte bringen Sie folgende Dinge mit:**

- Alle ärztlichen und zahnärztlichen Befunde (sofern sie nicht älter als 12 Monate sind)
- Impfpass
- Diesen ausgefüllten Anamnesebogen
- Beipackzettel der Medikamente, die Sie zurzeit einnehmen
- Ein Foto

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit und das mir entgegen gebrachte Vertrauen!

**Weshalb kommen Sie zu mir? Welches sind Ihre momentanen Beschwerden:**

(z.B. auch wo sind die Beschwerden? Seit wann? Wie? Wodurch bessert oder verschlechtert sich diese?

---

---

**Was war unmittelbar vor dem ersten Auftreten der jetzigen Beschwerde?**

(z.B. eine Erkrankung, Kummer, Trauer, Schock, Ärger, Sorge, Unfall, usw.)

---

---

**Welche Medikamente oder Nahrungsergänzungsmittel nehmen Sie ein:**

---

**Welche Krankheiten sind in Ihrer Familie bekannt?**

(z.B. Gefäßkrankheiten, Allergien, Krebs, Übergewicht, Diabetes, Tuberkulose, Gicht, Hautkrankheiten, usw.)

---

**Welche Infektionskrankheiten haben Sie durchgemacht?**

(z.B. Mumps, Masern, Röteln, Keuchhusten, Scharlach, Tropenkrankheiten, Geschlechtskrankheiten, usw.)

---

**Leiden Sie an Allergien? Wenn ja, welche?**

---

**Kopf**

(z.B. Kopfschmerzen, Schwindel, Benommenheit, usw.)

---

**Augen**

(z.B. Rötungen, Juckreiz, Brenne, Lichtempfindlichkeit, Kurzsichtigkeit, Weitsichtigkeit, usw.)

---

**Nase**

(z.B. Trockenheit, Niesreiz, Schnupfen, usw.)

---

**Ohren**

(z.B. Mittelohrentzündung, Schwerhörigkeit, Tinnitus, usw.)

---

## **Mund**

(z.B. Geschmack, Trockenheit, Speichelfluss, Aphten, usw.)

---

## **Zähne**

(z.B. Zahnbeschwerden, Amalgamfüllungen, tote Zähne, Gold, Keramik, usw.)

---

## **Hals**

(z.B. Mandelentzündung, Mandel-OP, usw.)

---

## **Schilddrüse**

(z.B. Überfunktion, Unterfunktion, Druck-/Kloßgefühl, usw.)

---

## **Lunge**

(z.B. häufiges Husten, Bronchitis, Schmerzen, Auswurf, Asthma, usw.)

---

## **Herz**

(z.B. Druckgefühl, Stechen, Brennen, Beklemmungen, Infarkt, Angina pectoris, usw.)

---

## **Leber - Galle**

(z.B. Druck/Völlegefühl im rechten Oberbauch, Gallensteine, Hepatitis, Fettverträglichkeit, usw.)

---

## **Bewegungsapparat**

(z.B. Stechen, Ziehen, Steifigkeit, Kribbeln, Taubheitsgefühl, Krämpfe, kalte Hände/Füße, Gelenkbeschwerden, Krampfadern, Venenentzündung, Durchblutungsstörungen, Rheuma, usw.)

---

## **Rücken**

(z.B. Hexenschuss, Ischias, Verspannungen, Wirbelsäulenveränderungen, usw.)

---

## **Magen-Darm-Trakt**

(z.B. Aufstoßen, Sodbrennen, Übelkeit, Erbrechen, Appetitlosigkeit, Blähungen, Durchfall, Verstopfung, Hämorrhoiden, usw.)

---

### **Stuhlgang**

(z.B. hell, dunkel, fettig, breiig, blutig, übelriechend, hart, trocken, dünn, schmerzhaft, usw.)

---

Täglich

jeden \_\_\_\_\_ Tag

### **Urogenitaltrakt**

(z.B. Stechen, Brennen, Juckreiz, Schmerzen, Entzündungen, usw.)

---

### **Urin**

(z.B. wenig, viel, oft, Geruch, Farbe, usw.)

---

### **Gynäkologie**

(z.B. Ausfluss, Eierstockentzündung, Zysten, Myom, Condylome, Geschlechtskrankheiten, Tumore, Operationen, Fehlgeburten, Ausschabungen, Wechseljahrsbeschwerden, usw.)

---

### **Menses**

(z.B. stark, schwach, kurz, lang, hell, dunkel, braun, klumpig, schmerzhaft vor oder während der Menstruation, Abstand der Blutung, wann war die ersten Regelblutung, wann die letzte, usw.)

---

5

### **Wie verhüten Sie?**

---

### **Prostata**

(z.B. Vergrößerung, Beschwerden beim Wasserlassen, Brennen, usw.)

---

### **Haut**

(z.B. trocken, fettig, Rötungen, Brennen, Juckreiz, Akne, Ekzeme, Herpes, Warzen, Allergien, Neurodermitis, Pilze, Geschwüre, usw.)

---

### **Haare**

(z.B. Haarwuchs schnell/langsam, Haarausfall, usw.)

---

**Sandra Meier · Heilpraktikerin**

Winsener Str. 38 · 21271 Hanstedt · Tel. +49 (0) 4184 - 898 79 45  
www.homoeopathie-hanstedt.com · mail@homoeopathie-hanstedt.com

**Schlaf**

(z.B. Schlaflosigkeit, häufiges Aufwachen, Schwierigkeiten beim Einschlafen, Sprechen im Schlaf, Alpträume, Zähneknirschen, Nachtschweiß, usw.)

---

**Appetit**

(z.B. keinen, wenig, viel, Heißhunger, usw.)

---

**Nahrungsmittelverlangen**

(z.B. nach Süßem, Saurem, Salzigen, Fett, Getränke, Lebensmittel, usw.)

---

**Nahrungsmittelabneigung**

(z.B. nach Süßem, Saurem, Salzigen, Fett, Getränke, Lebensmittel, usw.)

---

**Durst**

(z.B. keinen, viel, wenig, auf Kaltes, auf Heißes, usw.)

---

**Trinken Sie Alkohol? Wie viel? Wie oft?**

---

**Rauchen Sie? Wenn ja, wie viel?**

---

**Schweiß**

(z.B. kalt, warm, Geruch, bestimmte Körperstellen, usw.)

---

**Temperaturempfinden**

(z.B. frostig, kalt, warm, hitzig, usw.)

---

**Stimmung**

(z.B. ausgeglichen, fröhlich, exaltiert, traurig, weinerlich, depressiv, usw.)

---

## 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 ich Ihre personenbezogenen Daten erhebe, speichere und ggf. an Dritte weiterleite 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:  
**Sandra Meier, Winsener Str. 38, 21271 Hanstedt**  
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, Therapieempfehlungen, Befunde usw. Auch andere Heilpraktiker/Ärzte, bei denen Sie sich in Behandlung befinden, können uns zu diesem Zweck Daten zur Verfügung stellen.
3. 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.
4. 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.
5. 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 (bsw. müssen Aufzeichnungen über Röntgenbehandlungen gem. § 28 Abs. 3 RöV noch mindestens 30 Jahre nach der Behandlung aufbewahrt werden).
6. 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.
7. Ihnen stehen bezüglich Ihrer Daten verschiedene Rechte zu:  
Sie können *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 Einwilligungsg-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

*Ihre Sandra Meier*

## Einverständniserklärung zur Erhebung/Übermittlung von Patientendaten

Ich \_\_\_\_\_

(Vorname, Name, Wohnort, Geburtsdatum)

bin damit einverstanden, dass meine personenbezogenen Daten von **Frau Sandra Meier** zum Zweck der heilkundlichen Versorgung und Abrechnung der Leistungen erhoben, verarbeitet und genutzt werden. Bei den Daten handelt es sich um meine Kontakt- und Gesundheitsdaten wie Anamnese, Medikation, Diagnosen, Therapievorschläge, Befunde usw.

bin damit einverstanden, dass **Frau Sandra Meier** mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde an andere Heilpraktiker/Ärzte/Physiotherapeuten zum Zweck der weiteren Behandlung und entsprechenden Dokumentation übermittelt und/oder bei anderen Heilpraktikern/Ärzten/Physiotherapeuten Behandlungsdaten und Befunde erhebt, die für meine heilkundliche Versorgung erforderlich sind und für diese Zwecke verarbeitet und nutzt.

8

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann. Die Widerrufserklärung kann schriftlich an die Praxisanschrift gerichtet werden.

Diese Erklärung erfolgt freiwillig.

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift des Patienten  
bzw. gesetzlichen Vertreters)