

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

Datenschutzrechtliche Einverständniserklärung zur Erhebung und Verarbeitung von Patientendaten

Ich, _____

(Vorname, Name, Wohnort, Geburtsdatum)

bin damit einverstanden, dass meine personenbezogenen Daten von Heilpraktikerin **Frau Sandra Meier, Winsener Str. 38, 21271 Hanstedt** 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, Therapieempfehlungen, Befunde usw.

Erteile ich diese Einwilligung nicht, entstehen mir hierdurch keine Nachteile. Ohne Einwilligung kann jedoch grundsätzlich keine Behandlung durch den Verantwortlichen erfolgen.

Den Inhalt der abgedruckten Widerrufsbelehrung habe ich vor Erteilung der Einwilligung zur Kenntnis genommen.

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.

2

Diese Erklärung erfolgt freiwillig.

(Ort, Datum)

(Unterschrift des Patienten
bzw. gesetzlichen Vertreters)

Widerrufsbelehrung

Diese Einwilligung kann jederzeit und ohne Angabe von Gründen widerrufen werden. Die Rechtmäßigkeit, der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung wird dadurch nicht berührt. Gesetzliche Erlaubnistatbestände bleiben von einem Widerruf der Einwilligung unberührt. Im Falle des Widerrufs ist eine Fortsetzung der Behandlung durch den Verantwortlichen nicht mehr möglich.

Anamnesebogen

Name: _____

Geburtsdatum / Uhrzeit: _____

Geburtsort: _____

Straße: _____

PLZ / Ort: _____

Telefonnummer: _____

Mail-Adresse: _____

Kinder/ Alter: _____

Wer hat mich empfohlen: _____

Beruf: _____

Krankenversicherung: _____

3

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:

Wurden bei Ihnen chirurgische Eingriffe vorgenommen? Welche? Wann?

Welche Krankheiten sind in Ihrer Familie bekannt?

(z.B. Gefäßkrankheiten, hoher Blutdruck, Schlaganfall, Herzinfarkt, Geschlechtskrankheiten; Neurodermitis, Allergien, Krebs, Übergewicht, Diabetes, Tuberkulose, Gicht, Hautkrankheiten, usw.)

Mutter _____

Vater _____

Geschwister _____

Großeltern mütterlich _____

Großeltern väterlich _____

Welche Infektionskrankheiten haben Sie durchgemacht?

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

Welche Impfungen haben Sie erhalten?

1. Corona-Impfung: Hersteller: _____ Datum: _____ Charge: _____
2. Corona-Impfung: Hersteller: _____ Datum: _____ Charge: _____
weitere Corona-Impfung: Hersteller: _____ Datum: _____ Charge: _____

Gab es Reaktionen auf Impfungen? Wenn ja, welche

(z.B. Fieber, Unruhe, Krämpfe, Schlaflosigkeit, vermehrtes Schlafbedürfnis, Hautveränderungen, Magen-Darm-Beschwerden, Schreianfälle, Verhaltensauffälligkeiten 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, Wechseljahrbeschwerden, 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.)

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.)

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, Salzigem, Fett, Getränke, Lebensmittel, usw.)

Nahrungsmittelabneigung

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

Durst – freiwillige Trinkmenge

(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.)
