



# Fragebogen Erstbesuch

HP Isabelle Viel – Mittenwalder Str. 4 – 82057 Icking 08178-99 780 25

Name _____	Geburtsdatum _____
Straße _____	Telefon _____
PLZ/Ort _____	Beruf _____
E-Mail _____	Größe/ Gewicht _____
Empfehlung über _____	Familienstand/Kinder _____

**Versicherung:**  Gesetzlich  Beihilfe/Post  Privat Versicherung  Privat-Zusatzversichert

Name der Versicherung:

**Anleitung:** Bitte füllen Sie diesen Fragebogen genau aus. Bei den Beispielen genügt es zu unterstreichen, sofern diese zutreffen; ansonsten die Fragen bitte mit eigenen Worten beantworten.

**Bitte geben Sie hier Ihre Hauptbeschwerden an:**

1 .

2 .

3 .

**Was war unmittelbar vor dem ersten Auftreten Ihrer jetzigen Beschwerden?** z.B. eine Erkrankung, Kummer, Trauer, Schreck, Operation, Hautausschläge, Medikamente, usw.

**Weitere Erkrankungen – Welche weiteren Erkrankungen treffen für Sie zu?**

<input type="checkbox"/> Hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Nierenbeschwerden	<input type="checkbox"/> Allergien
<input type="checkbox"/> Herzleiden	<input type="checkbox"/> Depressionen	<input type="checkbox"/> Schwindel	<input type="checkbox"/> Asthma
<input type="checkbox"/> Migräne/Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/> Hautkrankheiten	<input type="checkbox"/> Schilddrüsenbeschwerden	<input type="checkbox"/> Pilze
<input type="checkbox"/> Durchfall/Verstopfung	<input type="checkbox"/> Schlafstörungen	<input type="checkbox"/> Durchblutungsstörungen	
<input type="checkbox"/> Sonstige			

**Welche Krankheiten sind Ihnen in Ihrer Familie bekannt? Eltern, Großeltern, Urgroßeltern, Geschwister.** z.B. Krebs, Tuberkulose, Geisteskrankheiten, Geschlechtskrankheiten, Selbstmord, Herzkrankheiten, Gefäßkrankheiten, Schlaganfall, Asthma, Zuckerkrankheit, Rheuma, Nierensteine, Gallensteine, Multiple Sklerose, Gicht, Allergien, Schuppenflechte, Neurodermitis, Migräne.

**Sonstiges:** .....



## Medikamente

---

**Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit ein?** Bitte Beipackzettel oder Medikament mitbringen. Auch Nahrungsergänzungsmittel bitte angeben.

wenn ja welche  Blutfette  Zucker  Harnsäure  Schilddrüse  Blutdruck/Herz  Hormone

Sonstige .....  Vitamin D

Wie oft haben Sie in den letzten 12 Monaten Antibiotika eingenommen .....

## Kopf

---

**Leiden Sie unter Kopfschmerzen/Migräne?**  Ja  Nein ..... Wenn ja, wie häufig .....

**Haare** Haarausfall, kreisrunder, vereinzelter, seit wann .....

**Augen** Bindehautentzündung, kurzsichtig, weitsichtig, Grauer Star, Macula-Degeneration usw .....

**Ohren** Tinnitus links / rechts seit ..... Schwerhörigkeit

**Zähne/ Kiefer** Wurden bei Ihnen Amalgamfüllungen entfernt?  Ja  Nein  
Wurde eine Amalgamausleitung durchgeführt?  Ja  Nein

**Haben Sie wurzelbehandelte Zähne?** .....

**Zahnfüllmaterialien**  Amalgam  Kunststoff  Gold  Keramik

**Nase** Operationen, Nasennebenhöhlenentzündungen, behinderte Nasenatmung, verstopft

**Mandeln** Operation, häufig Mandelentzündungen als Kind / heute

**Schilddrüse** Überfunktion, Unterfunktion, Autoimmunerkrankung, Vergrößerung, Operation

## Brust/Bauch

---

**Herz** Beschwerden, Stechen, Druckgefühl, Infarkt, Beklemmung, Rhythmusstörungen

**Lunge** Bronchitis, häufig Husten,

**Leber** Entzündung – Hepatitis – erhöhte Leberwerte

**Galle** Steine, Koliken, Operation, Druck im Oberbauch, Fettunverträglichkeit

**Magen** Völlegefühl, Gastritis, Appetitlosigkeit, Schmerzen, Sodbrennen

**Darm** Infektionen, Hämorrhoiden, Blinddarmoperation, Blähungen, Würmer als Kind

**Stuhlgang** täglich, jeden 2.3.4. Tag, unregelmäßig, übelriechend  
Neigung zur Verstopfung / Durchfall, wechselhaft  
Stuhl hell, dunkel, übelriechend, hart, knollig, schmierig, ich kann den Stuhl nicht halten, Gefühl, nicht fertig zu werden



Rücken – Arme – Beine - Haut

- Arme** Verletzungen, Schmerzen, Tennisellenbogen, Kribbeln, kalte Hände
- Beine** Schmerzen, Krampfadern, Verletzungen, kalte Füße, Kribbeln, Taubheitsgefühl
- Rücken** Beweglichkeit eingeschränkt, Verspannungen, Belastungen, Schmerzen
- Haut/Nägel** Verbrennungen, Geschwüre, Hautjucken, Warzen, Pilze, eingewachsene Nägel, Nagelbettentzündungen, Nägel brüchig, reizen ein
- Narben** **Haben Sie durch Operationen oder Verletzungen Narben?**  
0 Ja - bitte beim Besuch zeigen                      0 Nein

Unterleib – Gynäkologie

- Gynäkologie** Ausfluss - Eierstockentzündungen, Ausschabungen, Fehlgeburten, Tumore, Zysten, Myome, Geschlechtskrankheiten
- Menstruation** Wann war die erste Menses.....wann die letzte  
Beschwerden vor - nach - während der Regel - welche .....  
Wechseljahrs- Beschwerden .....
- Nehmen Sie Verhütungsmittel? Welche** .....
- Prostata** vergrößert, Entzündungen gehabt, Beschwerden beim Wasserlassen etc.  
.....
- Niere/Blase** Nierensteine, Entzündungen -häufig .....
- Harn** viel, wenig, häufig, kann nicht halten, Geruch nach .....
- Sexualität** vermindert, verstärkt, unbefriedigt, Beschwerden beim Geschlechtsverkehr

Allgemeines

- Meine Blutgruppe** .....**Blutdruck** zu hoch / zu niedrig .....
- Rauchen Sie?** ..... **Wie viele Zigaretten am Tag?** .....
- Auf einer Skala von 1-10 - wobei 10 optimal wäre - wie viel Energie haben Sie?** .....
- Wie viel Liter und was trinken Sie pro Tag?** .....
- Welche Getränke trinken Sie?** .....
- Treiben Sie Sport? Welchen?** .....



Fortsetzung - Allgemeines

**Schlaf**            Schlaflosigkeit, häufiges Erwachen (Uhrzeit .....), Schwierigkeiten beim  
Einschlafen, Sprechen im Schlaf, Unruhe in den Beinen, Nachtschweiße, heiße  
Füße, Zähneknirschen

**Schlafzeit**        übliches zu Bett gehen ..... übliches Aufstehen .....

**Schmerzfragen**

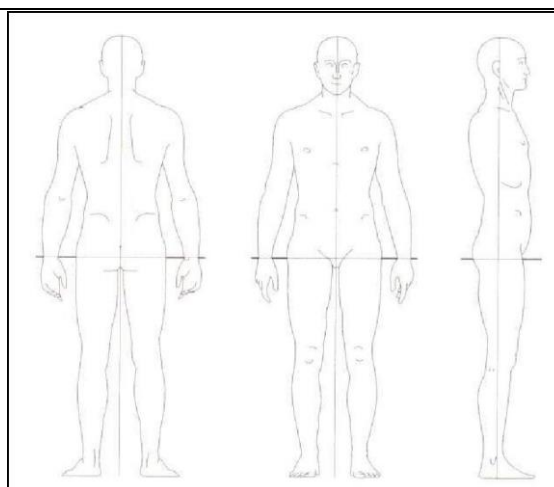
**Wo treten Schmerzen auf?**

Bitte kennzeichnen

Kreuz - punktförmiger Schmerz Linie

- unklare Schmerzlokalisierung

Pfeil    - ausstrahlender Schmerz



**Schmerzskala für den Hauptschmerz**

1   2   3   4   5   6   7   8   9   10  
schwach            mittel            sehr            stark

**Seit wann haben Sie die Schmerzen?**

.....  
.....

**Gab es ein auslösendes Ereignis?**

**Wie oft haben Sie die Schmerzen?**

Immer, mehrmals am Tag, alle paar Tage,  
wöchentlich, seltener

**Welche Ereignisse verschlimmern?**

Körperliche Belastung, längeres Stehen, Sitzen,  
Gehen, Stress, Kälte, Wärme, Nahrungsmittel,  
Husten, Niesen, Tageszeit Wetterlage,  
Monatsblutung, Sonstiges.....

**Welche Ereignisse verbessern?**

Ruhe, Schlaf, Bewegung, Kälte, Wärme, Sport,  
Schmerzmittel, Urlaub



## Ernährung

---

**Essen Sie vegetarisch oder vegan?**

**Bitte notieren Sie, welche Nahrungsmittel Sie vorgestern und gestern gegessen haben?**

	Vorgestern	gestern
Morgens		
Mittags		
Abends		
Zwischenmahlzeiten		

**Haben Sie Heißhunger, auf...?**

Salz / Süßes / Saures / Fettiges / Sonstiges

**Besteht eine Laktose – Fruktose oder Glutenunverträglichkeit?**

**Welche Lebensmittel vertragen Sie nicht?**

.....

**Gegen welche Lebensmittel besteht eine Abneigung? .....**

.....



## Krankengeschichte

### **Chronologie der Krankengeschichte**

Bitte erfassen Sie alle bisherigen Erkrankungen und Operationen, die Sie durchgemacht haben.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

## Gemüt

**Leiden Sie unter Ängsten?**                      Alleinsein, Dunkelheit, Höhenangst, Krankheiten etc.

**Sind Sie oft reizbar?**

**Leiden Sie unter anhaltendem Kummer?**

**Haben Sie finanzielle Sorgen?**

**Was ist Ihre größte Sorge im Leben?**

**Grollen Sie jemandem?**

**Was ist Ihr größter Wunsch? Welche Ziele haben Sie im Leben?**



## Informationen zur Kostenübernahme und Terminvereinbarung

Patient \_\_\_\_\_ geb.

### **Kostenübernahme Kassenpatienten**

Die Kosten der Therapien sowie der verordneten Heilmittel werden durch die gesetzlichen Krankenkassen **nicht** übernommen. Die Kosten für die Erstberatung betragen 180,- €. Alle weiteren Behandlungen erfolgen nach individueller Absprache und unterliegen nicht dem Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker

**Terminvereinbarungen:** Termine, die nicht 24 Stunden vor dem vereinbarten Termin abgesagt werden, werden in voller Höhe der vorgesehenen Leistungen als Ausfalleistung in Rechnung gestellt.

### **Kostenübernahme Privat/Beihilfepatienten:**

**Eine pauschale Aussage ist hier nicht möglich. In Abhängigkeit von Ihrer privaten Krankenversicherung, Ihrem Vertrag und Tarif kann eine teilweise bis vollständige Kostenübernahme möglich sein.**

Unsere Rechnungen orientieren sich am Höchstsatz der Gebührenordnung für Heilpraktiker.

In manchen Fällen verweigern die privaten Krankenversicherungen die Kostenübernahme allerdings auch vollständig und berufen sich dabei auf die "Wissenschaftlichkeitsklausel" oder andere wiederkehrende Ablehnungsgründe für Naturheilkunde.

**Die Kosten für die Erstberatung betragen 180,- €.**

Unabhängig von einer abweichenden Beurteilung der medizinischen Notwendigkeit, einer medizinisch - wissenschaftlichen Anerkennung der durchgeführten Therapien und Diagnostik oder einer abweichenden Erstattung durch Beihilfestellen oder privaten Kranken-Versicherungen ist der Rechnungsbetrag in voller Höhe zu zahlen.

**Terminvereinbarungen** - Termine, die nicht 24 Stunden vor dem vereinbarten Termin abgesagt werden, werden in voller Höhe der vorgesehenen Leistungen als Ausfalleistung in Rechnung gestellt.

**Hiermit bestätige ich, dass ich mich vor der Behandlung über die oben aufgeführten Leistungs- und Abrechnungsmodalitäten informiert habe und ich diese verstanden habe.**

---

**Ort/ Datum**

**Unterschrift**



# Datenschutzerklärung

## 1. Wer ist für die Datenverarbeitung verantwortlich und an wen kann ich mich wenden?

Naturheilpraxis Isabelle Viel - Heilpraktikerin Isabelle Viel – Mittenwalder Str. 4 – 82057 Icking

*(Bitte Stempel einsetzen o. vollständigen Namen der/des verantwortlichen Heilpraktikerin/Heilpraktikers mit Adresse, ggf. ext. Datenschutzbeauftragter)*

## 1. Welche Daten werden genutzt?

Wir erheben und speichern ausschließlich Daten, die für Behandlung und Abrechnung notwendig sind.

Dazu gehören:

- Adressdaten (Name, Adresse / andere Kontaktdaten (Telefon, E-Mail-Adresse), Geburtsdatum / –ort, Geschlecht, Staatsangehörigkeit)
- Bankverbindung
- Informationen über Ihren Gesundheitszustand, wie z.B. Informationen aus Untersuchungen, Anamnesegesprächen, Laborergebnisse

## 3. Zu welchem Zweck werden die Daten verarbeitet?

- **Therapeutische Behandlung , Rechnungsstellung und ggf. Mahnverfahren**

## 4. Wer bekommt Ihre Daten?

Wir geben Ihre Daten ausschließlich an die nachfolgend genannten Dritten weiter, es sei denn, wir sind gesetzlich dazu verpflichtet:

- Labore und angeschlossene Partnerlabore, Steuerberater, Inkassounternehmen, Schufa

## 5. Wie lange werden Ihre Daten gespeichert?

Wir speichern Ihre Daten so lange, wie es unsere gesetzlichen Pflichten erfordern. Daten, die sich aus Ihrer Behandlung ergeben, speichern wir im Rahmen des Patientenrechtegesetzes 10 Jahre. Rechnungen halten wir nach geltendem Steuerrecht ebenfalls 10 Jahre vor. Sind die Daten für die Erfüllung vertraglicher oder gesetzlicher Pflichten nicht mehr erforderlich, werden diese regelmäßig gelöscht.

## 6. Welche Datenschutzrechte und Widerrufrechte bestehen für Sie?

Jede betroffene Person hat das Recht auf Auskunft nach Artikel 15 DSGVO, das Recht auf Berichtigung nach Artikel 16 DSGVO, das Recht auf Löschung nach Artikel 17 DSGVO, das Recht auf Einschränkung der Verarbeitung nach Artikel 18 DSGVO, das Recht auf Widerspruch aus Artikel 21 DSGVO sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit aus Artikel 20 DSGVO. Darüber hinaus besteht ein Beschwerderecht bei einer Datenschutzaufsichtsbehörde (Artikel 77 DSGVO i.V.m. §19 BDSG).

Eine erteilte Einwilligung in die Verarbeitung personenbezogener Daten können Sie jederzeit uns gegenüber widerrufen. Dies gilt auch für den Widerruf von Einwilligungserklärungen, die vor der Geltung der EU-Datenschutz-Grundverordnung, also vor dem 25. Mai 2018, uns gegenüber erteilt worden sind. Bitte beachten Sie, dass der Widerruf erst für die Zukunft wirkt. Verarbeitungen, die vor dem Widerruf erfolgt sind, sind davon nicht betroffen.

## 7. Bereitstellung Ihrer Daten

Mit Ihrer Unterschrift verpflichten Sie sich, die zu Ihrer Behandlung und Abrechnung benötigten Daten bereitzustellen. Ohne diese Daten werden wir in der Regel den Abschluss des Vertrages / der Behandlung oder die Ausführung des Auftrages / der Behandlung ablehnen müssen oder einen bestehenden Vertrag nicht mehr durchführen können und ggf. beenden müssen.





## Datenschutzrechtliche Einwilligung in die Verarbeitung personenbezogener Daten

Hiermit erteile ich

Vorname: \_\_\_\_\_

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

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

meine **Einwilligung** in die Verarbeitung meiner Gesundheitsdaten im Zusammenhang mit meiner Behandlung in der Praxis der/des datenschutzrechtlich verantwortlichen Heilpraktikerin/Heilpraktikers:

Naturheilpraxis Isabelle Viel - Heilpraktikerin Isabelle Viel – Mittenwalder Str. 4 – 82057 Icking  
*(Hier bitte Stempel einsetzen oder vollständigen Namen der/des Heilpraktikerin/Heilpraktikers mit Adresse angeben.)*

Hiermit **bestätige** ich Folgendes:

- Ich bin darauf hingewiesen worden, dass die Verarbeitung meiner Daten zum Zweck der medizinischen Behandlung (Anamnese, Befunderhebung, Diagnose, Therapie, Nachsorge etc.) sowie aufgrund des zugrunde liegenden Behandlungsvertrags erforderlich ist.
- Ich bin darauf hingewiesen worden, dass die Einwilligung die Verarbeitung sensibler Daten (Gesundheitsdaten) umfasst.
- Die zur sachgerechten Information erforderlichen Angaben habe ich vor der Datenerhebung von der verantwortlichen Person mitgeteilt bekommen.
- Meine Einwilligung erfolgt freiwillig. Mir ist bekannt, dass ich nicht verpflichtet bin, diese Einwilligung zu erteilen. 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.

\_\_\_\_\_  
*Ort, Datum*

\_\_\_\_\_  
*Unterschrift der/des Patientin/Patienten*

### 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 grundsätzlich nicht mehr möglich.

Die Einwilligung kann mündlich oder schriftlich widerrufen werden. Der Widerruf ist zu richten an:

Naturheilpraxis Isabelle Viel - Heilpraktikerin Isabelle Viel – Mittenwalder Str. 4 – 82057 Icking  
*(Hier bitte Stempel einsetzen oder vollständigen Namen der/des Heilpraktikerin/Heilpraktikers mit Adresse angeben)*

---

