

Fragebogen Erstbesuch

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

Name _____ Geburtsdatum _____
 Straße _____ Tel _____
 PLZ/Ort _____ Beruf _____
 E-Mail _____ Größe/ Gewicht _____

Natürliche Haarfarbe blond braun rot grau

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. Wie stark werden Sie durch die bestehenden Beschwerden im alltäglichen Leben eingeschränkt 1-10 (1 kaum/ 10 sehr stark)

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

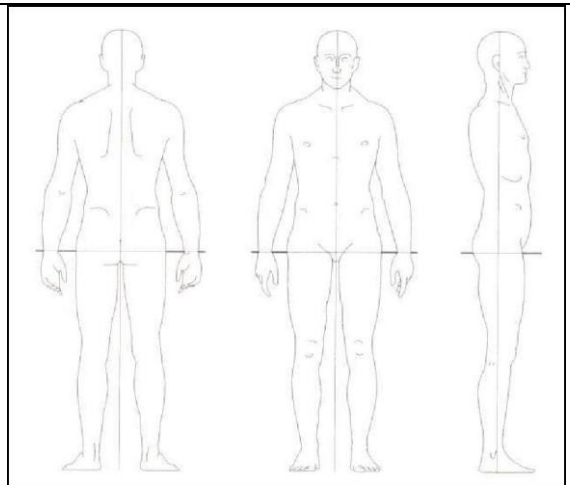
Wo treten Schmerzen auf?

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

Wieviel Energie besitzen Sie aktuell auf einer Skala zwischen 1-10 (1 kaum / sehr viel)

.....



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 Gebühr für einen Ersttermin (1 Std) beträgt 150,00 EUR

Bei einem höheren Zeitaufwand erlaube ich mir für jede weiteren 15 min 35,00 EUR Mehraufwand zu berechnen.

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

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

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 Widerrufsrechte 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

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.
- Ich willige hiermit ein, Terminerinnerungen per SMS und/oder E-Mail mittels des Doctolibs Kalendersystem zu erhalten.
- 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

