

Liebe Patientin,

eine gründliche Erhebung Ihres Gesundheitszustandes vor der Behandlung ist sehr wichtig. Je genauer und umfassender Ihre Informationen sind, umso besser können wir uns auf Sie vorbereiten

Bitte füllen Sie den Fragebogen daher so gut wie möglich aus und schicken ihn uns, nach Ihrer Anmeldung per Mail zu.

Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____

Anschrift _____

Tel. _____

Mail _____

Handy _____

Versichert: gesetzl. () Private Zusatzversicherung () Privat () Beihilfe ()

Name der Versicherung _____

Damit wir Ihre Termine planen können, bitte um mögliche Behandlungszeiten

Montag _____

Dienstag _____

Mittwoch _____

Donnerstag _____

Freitag _____

Rechtliche Hinweise

Selbstzahler berechne ich 95 € pro Behandlung.

Privat Versicherte werden nach der Gebührenordnung für Heilpraktiker (GebÜH) abgerechnet

Wenn Sie einen Termin nicht wahrnehmen können, sagen Sie ihn bitte mindestens 24 Stunden vorher ab.

Unentschuldig, nicht wahrgenommene Termine stelle ich mit einer Ausfallgebühr von 50 Euro in Rechnung.

Persönliche Erklärung des Patienten:

Ich bin mit der Privatabrechnung einverstanden.

Die Rechnungsstellung erfolgt unabhängig von einer möglichen Erstattung durch private Krankenversicherungen oder Beihilfestellen und deren Begleichung ist nicht abhängig von der Leistung der Versicherung. Ein Eigenanteil kann anfallen.

Die Rechnungsstellung erfolgt per E Mail.

Den obigen Text habe ich zur Kenntnis genommen. Diese Erklärung wurde von mir vor Behandlungsbeginn unterzeichnet.

Datum

Unterschrift

Einwilligungserklärung in die Datenverarbeitung

Von Herrn / Frau

Anschrift

Wie werden die Daten genutzt? An wen werden die Daten weitergegeben?

Wir speichern und nutzen folgende Daten von Ihnen zur Dokumentation und Aufbewahrungspflicht

- Name, Anschrift, Geburtsdatum des Patienten, Telefonnummern
- E Mail Adresse
- Behandlungsdatum,
- Diagnosen, Anamnese, Symptome, Befunde,
- Verlauf der Behandlung, nebst Komplikationen,
- Medikation,
- Relevante Äußerungen des Patienten,
- Gegenstand und Inhalte der Aufklärung inklusive Sicherungsaufklärung,
- Einwilligungen des Patienten
- Zur Rechnungsstellung
- Zur Übermittlung von Terminen und Rechnungen

Zu diesen Zwecken können Ihre Daten an den überweisenden Arzt, die Krankenkasse und/oder die Abrechnungsfirma weitergegeben oder übermittelt werden. Dort werden diese ebenfalls zu folgenden Zwecken verarbeitet und genutzt: zur Pflege der Kontaktdaten, zur Abrechnung erbrachter Leistungen mit Krankenkassen, zur therapeutischen Dokumentation.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass

- die im Rahmen der vorstehenden genannten Zweck 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 und die Behandlung nicht zustande kommt.
- Ich bin jederzeit berechtigt, Auskunft über die zu meiner Person gespeicherten Daten zu verlangen.
- Ich bin jederzeit berechtigt, die Berichtigung, Löschung oder Sperrung einzelner personenbezogener 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 RAUM FÜR OSTEOPATHIE – HD | Johanna Hof

Straße Bahnhofstraße 33

PLZ Ort 69115 Heidelberg

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 „**Anhang Patienteninformation zum Datenschutz**“ habe ich gelesen und verstanden.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift

Anamnesebogen Schwangerschaft

Gynäkologe :

Hebamme :

Welche akute Beschwerden haben Sie zur Zeit ?

Warum sind Sie hier?

Haben Sie Schmerzen?

Wo sind sie und wie werden sie ausgelöst?

Wie stark sind die Schmerzen?

(leicht) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (sehr stark)

Angaben zur Schwangerschaft

Wann war der Tag der letzten Regel?

Wie weit sind Sie in der Schwangerschaft?

Woche _____

Errechneter Geburtstermin:

Natürliche Empfängnis?

Ja

Nein

Kinderwunschzentrum?

Ja

Nein

Das wievielte Kind wird es sein?

Hatten Sie bereits Fehlgeburten?

Mutterpass: Ultraschall (wann, wieviel bisher?) Besondere Auffälligkeiten? Wenn ja welche?	_____		
Menge des Fruchtwassers	Normal		Erhöht
Lage der Plazenta?	Hinterwand	Vorderwand	Prävia
Hatten Sie Blutungen?	Ja		Nein
Wenn ja ab der wievielten Woche ?	_____		
Haben Sie vorzeitige Wehen?	Ja		Nein
Wurde eine Cerclagegelegt?	Ja		Nein
Mussten Sieliegen?	Ja		Nein
Seit wann spüren sie die Bewegung Ihres Kindes?	Woche _____		
Haben sie Harnabgang?	Ja		Nein
Wie ist die Verdauung?	Normal	Träge	zu Häufig
Wie ist ihr Blutdruck?	Nieder	Normal	Hoch
Haben Sie Ödeme/ Wassereinlagerungen?	Ja		Nein
Wenn ja seit wann?	Woche _____		
Leiden Sie unter Kopfschmerzen?	Ja		Nein
Leiden Sie unter Juckreiz?	Ja		Nein
Wie ist Ihr Schlaf?	Gut		Schlecht
Gab es schwere Infektionserkrankungen ? Wenn ja welche?	Ja		Nein

Nehmen Sie Medikamente, wenn ja welche?	Ja		Nein

Gibt es Grunderkrankungen ?	Schilddrüse?	Endometriose?	Diabetes?
Sind Sie zur Zeit in Behandlung?	Physiotherapeut	Heilpraktiker	Andere Ja
Hatten Sie vor/ während der Schwangerschaft schwere Operationen? Wenn ja welche?			Nein

Stürze ? Unfälle?	Ja		Nein

Wie ist Ihr allgemeiner Zustand?	Gut	Gehtso	Schlecht
Gab es psychische und seelische Belastungen? z.B. Tod eines Nahestehenden?	Ja		Nein
Werden sie von einem Partner unterstützt?	Ja		Nein

Wie soll die Geburt sein?

Welche Art der Geburt ist geplant?
Wo soll die Geburt stattfinden ?

Einverständniserklärung :

Ich bin einverstanden, mich osteopathisch und naturheilkundlich behandeln zu lassen.
Mir ist klar, dass diese Behandlung einen Besuch beim Arzt nicht überflüssig macht!

Unterschrift der Schwangeren

Aushang Patienteninformation zum Datenschutz

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten ist uns wichtig. Nach der EU-Datenschutz- Grundverordnung (DSGVO) sind wir verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck unsere Praxis Daten erhebt, speichert oder weiterleitet. Der Information können Sie auch entnehmen, welche Rechte Sie haben.

1. Verantwortlichkeit für die Datenverarbeitung

RAUM FÜR OSTEOPATHIE – HD | Johanna Hof | Bahnhofstraße 33 | 69115 Heidelberg | 0151 68 49 06 32

2. Zweck der Datenverarbeitung

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und uns und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen. Hierzu verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Ihre Gesundheitsdaten. Dazu zählen alle Daten die auf einer ärztlichen Verordnung aufgeführt sind sowie Diagnosen, Therapieansätze und -methoden und Befunde, die wir oder Ärzte erheben. Zu diesen Zwecken können uns auch andere Ärzte oder Therapeuten, bei denen Sie in Behandlung sind, Daten zur Verfügung stellen, z.B. in Arztbriefen oder Therapieberichten. Die Erhebung von Gesundheitsdaten ist Voraussetzung für Ihre Behandlung. Diese notwendigen Informationen benötigen wir, um eine sorgfältige Behandlung durchzuführen.

3. Empfänger Ihrer Daten

Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben. Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten können vor allem Ärzte, andere Therapeuten, Krankenkassen und Abrechnungsstellen sein. Die Übermittlung erfolgt überwiegend zum Zwecke der Abrechnung der bei Ihnen erbrachten Leistungen, zur Klärung von medizinischen und sich aus Ihrem Versicherungsverhältnis ergebenden Fragen. Im Einzelfall erfolgt die Übermittlung von Daten an weitere berechtigte Empfänger.

4. Speicherung Ihrer Daten

Wir bewahren Ihre personenbezogenen Daten nur solange auf, wie dies gesetzlich erforderlich ist. Aufgrund rechtlicher Vorgaben sind wir dazu verpflichtet, diese Daten mindestens zehn Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren. Nach anderen Vorschriften können sich längere Aufbewahrungsfristen ergeben.

5. Ihre Rechte

Sie haben das Recht, über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten Auskunft zu erhalten. Auch können Sie die Berichtigung unrichtiger Daten verlangen. Darüber hinaus steht Ihnen unter bestimmten Voraussetzungen das Recht auf Löschung von Daten, das Recht auf Einschränkung der Datenverarbeitung sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit zu. Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt auf Basis von gesetzlichen Regelungen. Nur in Ausnahmefällen benötigen wir Ihr Einverständnis. In diesen Fällen haben Sie das Recht, die Einwilligung für die zukünftige Verarbeitung zu widerrufen. Sie haben ferner das Recht, sich bei der aufgeführten zuständigen Aufsichtsbehörde für den Datenschutz zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt.

Landesamt für Datenschutzaufsicht – Postfach 102932 – 70025 Stuttgart

6. Rechtliche Grundlagen

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist Artikel 9 Absatz 2 lit. h) DSGVO in Verbindung mit Paragraf 22 Absatz 1 Nr. 1 lit. b) Bundesdatenschutzgesetz. Sollten Sie Fragen haben, können Sie sich gern an uns wenden.

Ihr Praxisteam