



## **Behandlungsvertrag & Informationen zum Datenschutz**

Lieber Patient, liebe Patientin,

die von mir angebotenen Leistungen werden nach der GebÜH (Gebührenordnung für Heilpraktiker) privat berechnet und von den gesetzlichen Krankenkassen nicht übernommen. Mit der Unterschrift am Ende dieses Aufklärungsbogens schließen Sie deshalb als gesetzlich krankenversicherter Patient einen privatärztlichen Behandlungsvertrag ab. Ob private Krankenkassen die Kosten der Behandlung erstatten, steht nicht fest. Es wird empfohlen, ggf. die Erstattungsfähigkeit vorab zu klären. Die Beihilfe erstattet die Behandlungskosten in vielen Fällen nicht bzw. nur teilweise. Hinsichtlich der rezeptpflichtigen Arzneimittel ist die Regelung zur Kostenerstattung sehr unterschiedlich.

### **Erklärung:**

**Ich habe die obigen Ausführungen gelesen, verstanden und bin mit der Behandlung einverstanden. Ich erkläre mit meiner Unterschrift, dass ich die Erbringung von Heilpraktikerleistungen wünsche und die Kosten hierfür übernehme. Mir ist bekannt, dass der Rechnungsbetrag von mir geschuldet wird, unbeachtlich einer etwaigen Erstattung der Vergütung durch Erstattungsstellen (Krankenversicherung, Beihilfestelle). Weitere Fragen habe ich nicht bzw. wurden mir beantwortet. Ich schließe hiermit einen Behandlungsvertrag ab.**

### **Für Privatpatienten:**

**Ich weiß, dass ich die Kosten der Behandlung bei Nicht-Übernahme bzw. den Differenzbetrag bei nur teilweiser Erstattung durch meinen Krankenkassenversicherer selber zu tragen habe.**

**Sollten Sie Behandlungstermine nicht einhalten können, geben Sie uns bitte mindestens 48 Stunden vorher Bescheid, damit wir Ihren Termin an einen Patienten aus der Warteliste vergeben**

---

#### **Patient**

Nachname, Vorname \_\_\_\_\_  
Geb.-datum \_\_\_\_\_  
Straße und Hausnummer \_\_\_\_\_  
PLZ + Wohnort \_\_\_\_\_  
Versicherung \_\_\_\_\_  
Vers.-Nr./ Tarif, \_\_\_\_\_

- private Vollversicherung
- Beihilfeanteil.....%
- Zusatzversicherung

#### **ggf. abweichender Rechnungsempfänger**

Nachname, Vorname \_\_\_\_\_  
Geb.-datum \_\_\_\_\_  
Straße und Hausnummer \_\_\_\_\_  
PLZ + Wohnort \_\_\_\_\_  
Telefon \_\_\_\_\_

- PKV-Basistarif (Nachweis erforderlich)
- PKV-Standardtarif (Nachweis erforderlich)

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift Patient/ Rechnungsempfänger

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift Praxis

## **Datenschutzrechtliche Einwilligung in die Verarbeitung personenbezogener Daten**

Hiermit erteile ich

---

(Name, Vorname, Geburtsdatum)

meine Einwilligung in die Verarbeitung meiner Gesundheitsdaten im Zusammenhang mit meiner Behandlung in der Praxis von:

**Anke Schmidt**  
**Heilpraktikerin**  
**Ernst-Pörner-Straße 6, 38855 Wernigerode**

### **Ich bestätige:**

- Dass mir die zur sachgerechten Information erforderlichen Angaben vor der Datenerhebung von der behandelnden Person mitgeteilt wurden.
- Dass ich darauf hingewiesen worden bin, dass die Verarbeitung der Daten zum Zweck der medizinischen Behandlung sowie aufgrund des zugrunde liegenden Behandlungsvertrages erforderlich sind.
- Dass ich weiter darauf hingewiesen worden bin, dass die Einwilligung die Verarbeitung sensibler Daten (Gesundheitsdaten) gem. Art. 9 DSGVO umfasst.
- 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 keine Behandlung erfolgen.
- Den Inhalt der abgedruckten Widerrufsbelehrung habe ich vor Erteilung der Einwilligung zur Kenntnis genommen.

### **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 Erlaubnisbestände bleiben von einem Widerruf der Einwilligung unberührt. Im Falle des Widerrufs ist eine Fortsetzung der Behandlung durch den Verantwortlichen grundsätzlich nicht möglich.

Die Einwilligung kann mündlich oder schriftlich widerrufen werden. Der Widerruf ist an o.g. Adresse zu richten.

---

Ort, Datum, Unterschrift

## Vorgeschichte für die Eingangsuntersuchung mit der Kairos-Methode®

Sehr geehrte Frau Patientin, sehr geehrter Herr Patient,

gesundheitliche Beschwerden sind oft Ausdruck vielfältiger Funktionsstörungen auf verschiedenen Ebenen. Deshalb ist für die Behandlung Ihrer Beschwerden eine ganzheitliche und umfassende Betrachtungsweise erforderlich.

Für die Beseitigung Ihrer Beschwerden sind wir zwingend auf Ihre Mitarbeit angewiesen.

Durch diesen Fragebogen können wir bereits im ersten Gespräch einen guten Überblick über Ihr Problem bekommen.

**Bitte füllen Sie den Fragebogen ca. eine Woche vor Ihrem Termin in Ruhe sorgfältig aus.** Wir werden dann im persönlichen Gespräch die Einzelheiten besprechen.

**Bringen Sie den Fragebogen mit eventuellen Vorbefunden (Bildgebung, Laborwerte, OP-Berichte, Berichte von Spiegelungen von Magen bzw. Darm) bitte zu Ihrem Termin mit!**

Selbstverständlich werden alle Angaben streng vertraulich behandelt.

Vielen Dank im Voraus.

Name, Vorname: ..... Geburtsdatum: .....

Was sind Ihre jetzigen Beschwerden?

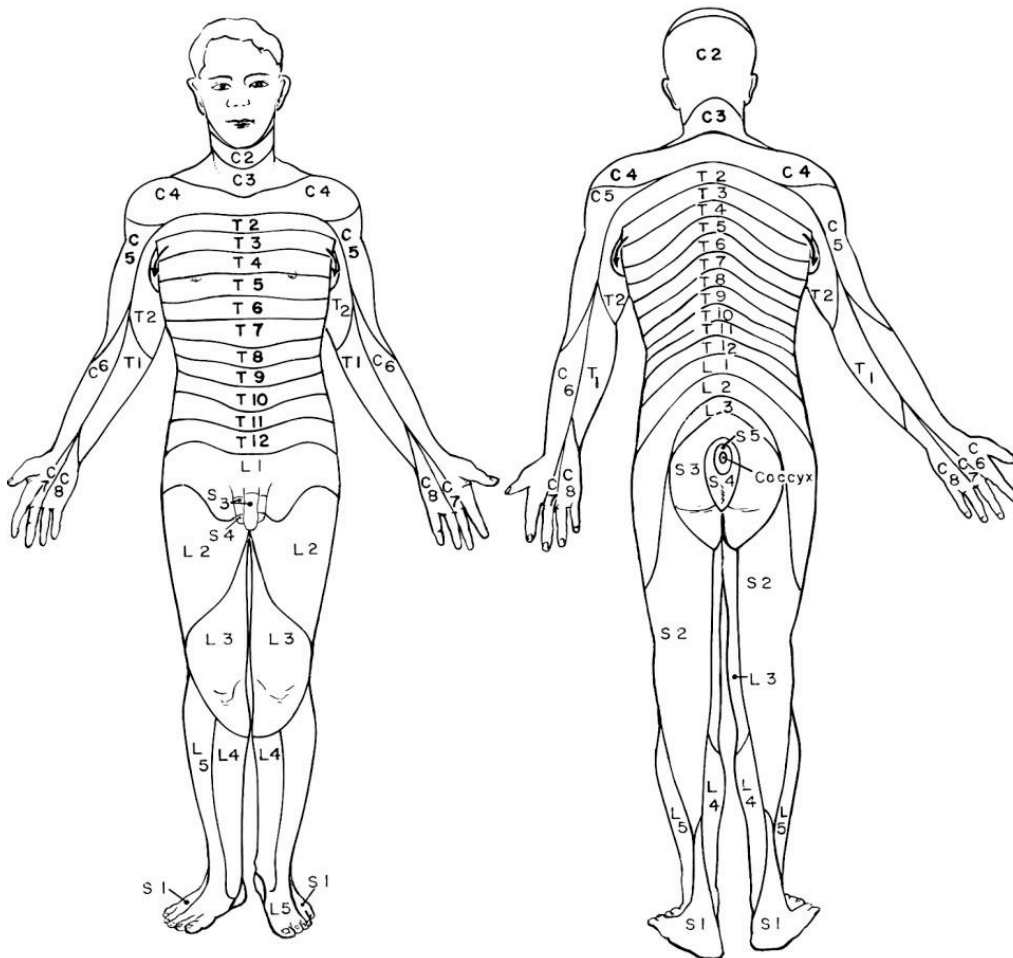
Hauptbeschwerden:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Nebenbeschwerden:

.....  
.....  
.....  
.....

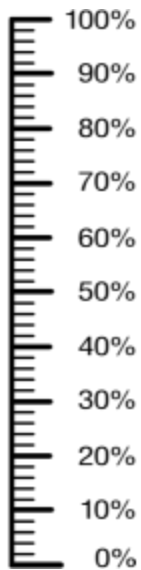
Zeichnen Sie bitte die Schmerz- bzw. Beschwerdeorte in das folgende Schema ein:



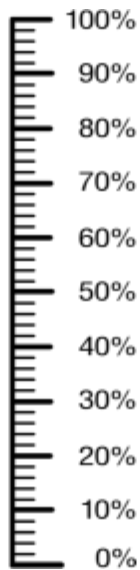
**Die nächsten Fragen beziehen sich auf die letzten 4 bis 6 Wochen. Bitte kreuzen Sie entsprechend an!**

**Allgemeine durchschnittliche Leistungsfähigkeit:**

**körperlich:**



**geistig:**



Sollte die Leistungsfähigkeit stark schwanken, tragen Sie bitte die Spanne von – bis ein!

**Sind Sie beim Aufstehen morgens erholt?**     Ja     Nein

**Schlaf** (wann ins Bett, wie viele Stunden täglich, Ein- bzw. Durchschlafschwierigkeiten?)

.....  
 .....  
 .....

**Allgemeines Wohlbefinden:**



**Allgemein empfundene durchschnittliche Stressbelastung:**  
 (0 – keine, 10 – maximal)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

**Ausprägung der sexuellen Lust / Begierde**



Welche **Therapieverfahren** wurden für Ihre jetzigen Beschwerden bisher angewandt und mit welchem Erfolg?

- Manuelle Therapie** (Physiotherapie, Osteopathie)     besser     schlechter     unverändert     nicht durchgeführt
- Psychotherapeutische Verfahren**     besser     schlechter     unverändert     nicht durchgeführt
- Entspannungsverfahren** (Meditation, Yoga, progressive Muskelentspannung nach Jacobsen, autogenes Training)
- Medikamente** (Schmerzmittel, Psychopharmaka u.a.)     besser     schlechter     unverändert     nicht durchgeführt
- Nahrungsergänzungsmittel**     besser     schlechter     unverändert     nicht durchgeführt
- Andere:** .....     besser     schlechter     unverändert     nicht durchgeführt



Bestehen **Allergien oder Unverträglichkeiten**? Welche? Wie wurden diese ggf. schon behandelt?

.....  
.....  
.....  
.....

Sind Erkrankungen der **Nasennebenhöhlen** oder der **Mandeln** bekannt? Welche?

.....  
.....  
.....  
.....

Wie oft haben Sie in der Woche **Stuhlgang**? Wie ist die Konsistenz (Durchfall, breiig, geformt, fest = hart)? Wechselt die Konsistenz häufig? Leiden Sie unter Blähungen?

.....  
.....  
.....

Sind Erkrankungen des **frauenärztlichen Bereichs bzw. der Prostata** bekannt?

.....  
.....  
.....  
.....

**Für Frauen:** Ist Ihre Regelblutung regelmäßig, haben Sie dabei starke Beschwerden, wie lange dauert ein Zyklus, wie lange die Blutung, gibt es Zwischenblutungen? Pille? Spirale o.ä.? Unerfüllter Kinderwunsch? Menopause? - Wechseljahresbeschwerden?

.....  
.....  
.....  
.....

**Appetit** (u.a.: Gut?, Schlecht? Haben Sie Heißhunger auf Süßes?):

.....  
.....

**Durst, Trinkmenge pro Tag in Liter, in welcher Form:**

.....  
.....

**Blutgruppe:** ..... **Größe:** ..... cm **Gewicht:** ..... kg

**Gewichtsveränderung in den letzten 10 Jahren:**

keine  Gewichtszunahme  Gewichtsabnahme um ..... kg

**Zahnärztliche Behandlung:**

Bitte zeichnen Sie, soweit Sie können, in die unten stehende Abbildung die Angaben ein, die Sie selbst machen können. Schauen Sie in den Spiegel und / oder bitten Sie Ihren Zahnarzt um Mithilfe!

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
			V	IV	III	II	I	I	II	III	IV	V			
			V	IV	III	II	I	I	II	III	IV	V			
rechts															links
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

Zahnersatz: O – Inlay/Onlay, K – Krone, B – Brücke, I – Implantat Titan, Zirkon), W – wurzelbehandelte/wurzelspitzenresezierte Zähne  
 Zahnersatzmaterial: A – Amalgam, P – Kunststoff, G – Gold, C – Keramik

Tragen Sie bitte nach folgendem Schema ein: Keramik-Inlay bei Zahn 18 – OK bei 18, Amalgamfüllung bei 23 – OA bei 23.

Wurde bei Ihnen **Amalgam** bereits entfernt? Wann? Vollständig?

.....  
 .....

Wurde eine Amalgam-**Ausleitung** / Ausschwemmung durchgeführt? Womit?

.....  
 .....

Gab oder gibt es eine **kieferorthopädische Behandlung**? Haben Sie eine **Aufbisschiene** getragen, oder tragen Sie derzeit eine solche Schiene?

.....  
 .....

**Letzter Zahnarztbesuch:** ..... .20..

Gibt es eine **Panorama-Röntgenaufnahme (OPG)** Ihres Gebisses neueren Datums? ggf. von wann .....

**Bringen Sie vorliegende OPG, Röntgenzielaufnahmen der Zähne und Aufbisschiene bitte möglichst leihweise mit!**



**Leiden oder litten Sie unter folgenden Erkrankungen? Wann bzw. seit wann? Nehmen Sie diesbezüglich Medikamente?**

**Schilddrüse:** .....

**Herz / Kreislauf** (u.a. Herzrasen, innere Unruhe, Bluthochdruck, niedriger Blutdruck, Herzinfarkt, Schlaganfall, Herzschwäche):

.....

**Lunge, Atemwege** (u.a. Reizhusten, Asthma, COPD, Lungenemphysem):

.....

**Erkrankungen des Verdauungstraktes** (u.a. Reizdarm, Reizmagen, M. Crohn, Colitis ulcerosa, Geschwüre):

.....

.....

**Leber / Galle / Bauchspeicheldrüse** (u.a. Fettleber, Hepatitis, Gallensteine, Enzymmangel):

.....

**Niere / Blase** (u.a. erhöhtes Kreatinin, Blasentzündungen):

.....

**Infektionskrankheiten** (z.B. Borreliose, Herpes, Pfeiffer`sches Drüsenfieber, Hepatitis, HIV)

.....

.....

**Krebserkrankungen:** .....

**Neurologische Erkrankungen** (u.a. MS, M. Parkinson, Polyneuropathie, „Ameisenlaufen“):

.....

.....

**Bewegungsapparat** (u.a. Bandscheibenvorfall, Arthrose, Osteoporose, Muskelschmerzen, Fibromyalgie, entzündliches Rheuma):

.....

.....

.....

**Stoffwechselerkrankungen** (u.a. Diabetes, Gicht, erhöhte Harnsäure, erhöht Blutfette, erhöhte Leberwerte):

.....

.....

**Erkrankungen von Auge / Ohr / Hals** (u.a. grauer / grüner Star, M. Meniere, Tinnitus, Kloßgefühl):

.....

.....

**Erkrankungen von Haut, Haaren, Nägel** (u.a. Hautausschlag, Psoriasis, Haarausfall, brüchige Nägel):

.....  
.....

**Immunsystem** (u.a. Infektanfälligkeiten, Impfungen – als Kind?, wann zuletzt und was?):

.....  
.....

**Medikamente** (bitte vollständig; Dosierung und Häufigkeit der Einnahme):

.....  
.....  
.....  
.....

**Üblicher Blutdruckwert:** RR ..... / .....

***Vielen Dank für Ihre Mithilfe!***