

Patienten – Fragebogen



Datum: _____

Name: _____

Geburtstag: _____

Vorname: _____

Telefon: _____

Straße: _____

E-Mail: _____

PLZ-Ort: _____

Größe: _____

Beruf: _____

Gewicht: _____

Hausarzt: _____

Familienstand: ☐ ledig ☐ verheiratet ☐ geschieden ☐ verwitwet

Kinder: ☐ nein ☐ ja _____ (Alter der Kinder)

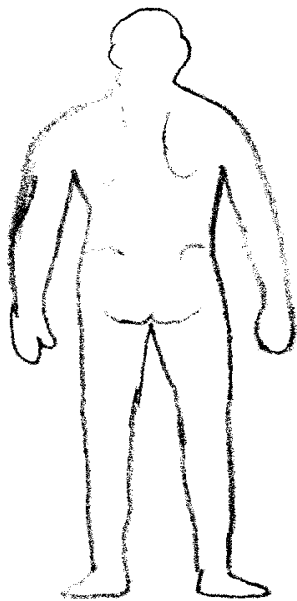
Krankenkasse/Zusatzversicherung: _____

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden? _____

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen möglichst genau aus. Der Fragebogen wird mit Ihnen dann im Rahmen der Untersuchung besprochen und wenn noch Fragen auftreten sollten, können diese dort ebenfalls geklärt werden. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der Schweigepflicht und werden von uns vertraulich behandelt.

Was sind Ihre hauptsächlichen Beschwerden und *seit wann* bestehen sie?

Wo treten die Schmerzen auf? _____



Zeichnen sie bitte
Schmerzen als Kreis,
und Narben als
Linien ein!

Wie äußert sich der Schmerz? _____

Wie sind Sie bisher therapeutisch behandelt worden? _____

Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit ein? _____

Liegen Vorerkrankungen und evtl. bestehende Diagnosen (Tumore, Operationen, Unfälle, Infektionskrankheiten, **Herzschrittmacher**) vor?

Liegen Allergien oder Nahrungsmittelunverträglichkeiten vor? _____

Weitere Beschwerden?

Treiben sie Sport? _____

Frau

- ☐ Schwanger ☐ ja ☐ nein
☐ Menstruationsbeschwerden
☐ Schwangerschaften: _____

Noch was Rechtliches:

Der Gesetzgeber verpflichtet jeden Heilpraktiker, falls noch nicht geschehen, jeden Patienten über Risiken und Nebenwirkungen der angebotenen Therapien zu Informieren und Ihnen ausreichend Zeit zu geben, sich auch gegen eine Behandlung zu entschließen.

Fall sie bereits ausreichend aufgeklärt sind, oder dies ausdrücklich nicht wünschen, bitte ich untenstehend um Ihre Unterschrift.

Ansonsten kläre ich sie gern im persönlichen Gespräch auf.

Bei "**Nicht-Erscheinen**" oder **Absage** eines vereinbarten Termins **innerhalb von weniger als 24 Stunden** ohne triftigen Grund, fällt ein Ausfallhonorar von 80% der vereinbarten Leistung an.

Patientenerklärung:

Ich bin ausführlich über die in der Naturheilpraxis Lorenzen angebotenen Therapien, incl. eventueller Risiken und Nebenwirkungen aufgeklärt worden.

Datum: _____

Unterschrift: _____

Bitte unterschreiben sie auch die umseitige Datenschutzerklärung!

Vielen Dank für Ihre Bemühungen!

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 des Heilpraktikers Olaf Lorenzen,
Schulstraße 1;
24866 Busdorf

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 evtl. 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.

Bitte ankreuzen:

- ☐ Ich freue mich über Geburtstagsgrüße per Email.
- ☐ Ich möchte keine Geburtstagsgrüße

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 Olaf Lorenzen,
Schulstraße 1;
24866 Busdorf