

Einwilligung zur Verarbeitung meiner Gesundheitsdaten

Patient: Name, Vorname:	
Geburtsdatum:	

Um eine fachgerechte Behandlung bei Ihnen bzw. Ihrem Kind zu ermöglichen, müssen wir entsprechende Gesundheitsdaten erheben und verarbeiten (z.B. Vorerkrankungen, aktueller Gesundheitszustand, Behandlungsverlauf). Ohne Ihre Einwilligung dazu ist keine Behandlung möglich. **Die erteilte Einwilligung können Sie ohne Angabe von Gründen jederzeit schriftlich widerrufen.** Dieser Widerruf gilt für die Zukunft, die bis dahin erhobenen Daten bleiben bis zum Ende der gesetzlichen Aufbewahrungspflicht gespeichert, also in der Regel 10 Jahre, in Einzelfällen auch länger. Andere gesetzliche Erlaubnistatbestände zur Datenverarbeitung bleiben von einem Widerruf der Einwilligung unberührt.

Bitte beachten Sie unser Merkblatt „Patienteninformation zum Datenschutz“. Diese enthält sämtliche Informationen gemäß Art. 13 DSGVO, insbesondere über die Datenweitergabe und die Speicherdauer.

Ich/wir bin/sind damit einverstanden, dass die Heilpraktikerpraxis Anna Kränzle meine Gesundheitsdaten (bzw. die meines/unseres Kindes) zu dem vorgenannten Zweck erhebt, verarbeitet und nutzt. Dies gilt insbesondere für die Speicherung der Gesundheitsdaten und des Behandlungsverlaufs in einer Patientenakte (elektronisch und in Papierform).

Ich bin damit einverstanden, dass die Praxis den **Schriftverkehr an mich als email verschickt.** D.h., es werden Befunde, Rechnungen, und sonstige behandlungsrelevante Nachrichten datenschutzkonform als verschlüsseltes PDF mit passwortgeschütztem Downloadlink versendet. Es wird keine Werbung o.ä. verschickt. Mit meiner Unterschrift willige ich hierin ein.

Nein, ich möchte stattdessen Nachrichten an mich per Post erhalten.

Ort, Datum

Unterschrift Patient / Sorgeberechtigte/r

Patient: Name, Vorname:	
bei Minderjährigen: bitte Name, Anschrift, Telefon beider Erzie- hungsberechtigten (falls abweichend)	Vater: Mutter: besteht gemeinsames Sorgerecht? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein. Inhaber d. Sorgerechts: Die andere erziehungsberechtigte Person hat Kenntnis über diesen Termin und ist mit der Behandlung ein- verstanden: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Geburtsdatum, -Ort	
Geschlecht:	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers/sonstiges:
Strasse, Hausnummer	
PLZ, Ort:	
Telefon / Handy:	
Email-Adresse:	
Beruf:	
Familienstand/Kinder:	
Hobbies:	
Krankenversicherung:	<input type="checkbox"/> gesetzliche Krankenkasse / Selbstzahler <input type="checkbox"/> private Zusatzvers. <input type="checkbox"/> private Vollversicherung <input type="checkbox"/> Beihilfeberechtigt
Weswegen suchen Sie mich auf?	
Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit ein?	Medikament Dosis Zeitpkt. d. letzten Einnahme
Bekannte Allergien / Unverträglichkeiten?	gegen (auch Medikamente): Reaktion:

Haben Sie chronische Erkrankungen / Vorerkrankungen?	welche?
Hatten Sie bereits Operationen? Welche Wann?	
Erkrankungen in der Familie?	<input type="checkbox"/> Schlaganfall <input type="checkbox"/> Herzinfarkt <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Cholesterinerhöhung <input type="checkbox"/> Krebserkrankungen <input type="checkbox"/>
Impfstatus:	<input type="checkbox"/> durchgeimpft <input type="checkbox"/> vollständig ungeimpft <input type="checkbox"/> teilweise, siehe Impfbuch <input type="checkbox"/> Covid-19 1. Impfung, wann: <input type="checkbox"/> Covid-19 2. Impfung, wann:
aufgetretene Impfreaktionen	<input type="checkbox"/> nein, alle Impfungen gut vertragen <input type="checkbox"/> ja, nach folgender Impfung traten Reaktionen auf: <input type="checkbox"/> Impfreaktion wurde gemäß gesetzlicher Meldepflicht durch den Therapeuten gemeldet
Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/> Ja, wieviel? <input type="checkbox"/> Nein
Trinken Sie Alkohol?	<input type="checkbox"/> Ja, wieviel? <input type="checkbox"/> Nein
Treiben Sie Sport?	<input type="checkbox"/> Ja, wieviel? <input type="checkbox"/> Nein
Leiden Sie unter einer ansteckenden Krankheit?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein welche?
Covid-19-Abfrage	Derzeit Symptome wie z. B. Fieber, trockener Husten, Brustschmerz, Abgeschlagenheit, Geschmacksstörungen, Geruchsstörungen <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Derzeitiger Kontakt zu einem bestätigten Covid-19-Fall / Quarantäneanordnung? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wurde bei Ihnen eine Infektion mit resistenten Erregern festgestellt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein welche?
Hausarzt:	
verweisender Arzt oder Heilpraktiker:	
Wie sind Sie auf meine Praxis aufmerksam geworden?	<input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Empfehlung Herr / Frau _____ <input type="checkbox"/> sonstiges:

Kosteninformation

Leistung	Honorar (ca.)	Akzeptierte Zahlungsweise
Ersttermin (60–90 Min.): Anamnesegespräch inkl. Vor-/Nachbereitung, ggf. Therapieplanerstellung, Beratung, Diagnostik zuzüglich ggf. anfallender Labor- und Arzneimittelkosten;	130 – 190 €	Überweisung oder Barzahlung
Standardtermin (60 Min.), z. B. Beratung, Untersuchung, Infusion, Neuraltherapie, Massage Je nach Zeitaufwand und Komplexität	85 €	Überweisung oder Barzahlung
Laborkosten und Kosten für Arzneimittel/Materialkosten , soweit sie angefallen sind	–	
Augmentierte Elektroakupunktur bei Allergien (1. Termin / 2. Termin)	75–85 € / 20–30€	Barzahlung
sonstige Leistungen zum allgemeinen Satz: (gilt für Beratungen über Telefon und/oder email)	35€ pro 30 Min.	Überweisung
Ausfallentschädigung für <u>unentschuldigtes</u> Terminversäumnis	50 €	Überweisung oder Barzahlung

Bitte beachten Sie:

1. Die oben genannten Angaben zum Honorar gelten nur, falls nicht anders vereinbart.
2. Die **gesetzliche Krankenkasse** erstattet die Behandlungskosten **nicht**. **Private Krankenversicherungen, Zusatzversicherungen, Beihilfe können** die Behandlungskosten je nach **Ihrem** Vertrag **ganz oder teilweise** erstatten! Dies hängt von Ihren Vertragsbedingungen ab. Bei Fragen wenden Sie sich bitte an Ihre Versicherung, da wir darüber keine Kenntnis haben.
3. **Sie erhalten nach der Behandlung eine Rechnung. Diese wird bei Privat- / Zusatz- / Beihilfeversicherten aufgeschlüsselt nach GebüH** (Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker) **bzw. LVKH** (Leistungsverzeichnis klassische Homöopathie).
4. **Der Rechnungsbetrag ist per Barzahlung bzw. per Überweisung sofort nach Erhalt der Rechnung fällig und vollständig zu begleichen, unabhängig von Zeitpunkt und Höhe einer eventuellen Erstattung durch die Versicherung.**
5. **Bei unentschuldigtem Terminversäumnis behalte ich mir vor, eine Ausfallentschädigung (s.o.) berechnen.**

Ort, Datum

Unterschrift Patient / Sorgeberechtigte/r