



Anamnesebogen für Patienten

Liebe Patientin, lieber Patient,

es freut uns, dass Sie den Weg in unsere Praxis gefunden haben. Für eine erfolgreiche ganzheitliche Behandlung Ihrer Erkrankung ist es für uns wichtig, möglichst viele und vollständige Informationen über Ihren Gesundheitszustand zu bekommen. Daher wären wir Ihnen sehr dankbar, wenn Sie den nachstehenden Anamnesebogen so gut wie möglich ausfüllen könnten. Selbstverständlich unterliegen alle Angaben der Schweigepflicht.

Bitte bringen Sie den Bogen dann mit zu Ihrem ersten Termin in die Praxis.

Familiennamen:

Größe:

Vorname:

Gewicht:

Geburtsdatum:

Raucher: ja / nein

Geschlecht:

Die aktuellen Beschwerden:

Wo? _____

Wie? _____

Seit wann? _____

Wann besonders? _____

Krankengeschichte

1. Waren Sie mit diesen Beschwerden schon beim Arzt / in ärztlicher Behandlung? _____

2. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? Welche? Vom Arzt verordnet? Nahrungsergänzungsmittel? Vitamine? _____

3. Sind Allergien bekannt (auch Milchschorf als Säugling, Asthma bronchiale, Neurodermitis)?

4. Haben Sie chronische Erkrankungen, das heißt Krankheiten, die schon länger als drei Monate da sind oder Krankheiten, die immer wieder kommen (Rezidive)? _____

5. Wurden Sie schon einmal operiert? Woran? _____

Wann? _____

Ergebnis? _____



6. Gibt es in der Familie (Geschwister, Eltern, Großeltern) schwere Krankheiten (= Krebs, Diabetes, Demenz, Bluthochdruck, etc.)? _____

7. Gab es Unfälle in der Vergangenheit? _____

8. Impfstatus: geimpft (ja / nein) ? _____

Vegetative Anamnese

Essen – Stuhl – Gewicht

Trinken Sie Alkohol? Wie viel pro Tag? _____

Haben Sie Appetit? _____

Haben Sie Heißhunger? Wenn ja, auf was: süß / salzig, etc.? _____

Wie viele Mahlzeiten essen Sie pro Tag? _____

Haben Sie eine regelmäßige Verdauung? _____

Obstipation / Diarrhö / Blähungen? Wann? _____

Gewichtsveränderungen? _____

Trinken – Miktion

Haben Sie ein Durstgefühl? _____

Wie viel Liter trinken Sie pro Tag? _____

Wie ist der Urin: viel / wenig? Hell / dunkel? Geruch? _____

Schlafen – Nachtschweiß – Temperatur

Wann gehen Sie zu Bett / stehen Sie auf? _____

Haben Sie einen ruhigen / unruhigen Schlaf? Fühlen Sie sich nach der Nachtruhe ausgeruht? _____

Haben Sie Einschlafstörungen? _____

Haben Sie Durchschlafstörungen? Wenn ja, um wie viel Uhr wachen Sie nachts auf? _____

Soziale Anamnese

Was machen Sie beruflich? Machen Sie Ihre Arbeit gerne? Haben Sie „Stress“? Machen Sie Schichtdienst? _____

Wie ist Ihr Familienstand? _____

Haben Sie Hobbies? _____

Haben Sie in der letzten Zeit Reisen gemacht? _____



Behandlungsvereinbarung & Einverständniserklärung

zwischen dem Zentrum für Naturheilkunde Bahtat
Pillingser Höhe 4
58644 Iserlohn

und dem Patienten

Name, Vorname _____
Geburtsdatum _____ Geburtsort: _____
Straße, Hausnr. _____
PLZ, Ort _____
Telefonnr. _____
Beruf _____

Falls zutreffend, abweichender Rechnungsempfänger / Zahlungspflichtiger:

Name, Vorname _____
Geburtsdatum _____ *Geburtsort:* _____
Straße, Hausnr. _____
PLZ, Ort _____
Telefonnr. _____

Mit nachstehender Unterschrift bestätige ich, dass ich umfassend über die naturheilkundliche Diagnostik und Therapieverfahren, sowie deren Abrechnung aufgeklärt worden bin und keine weiteren Fragen oder Einwände habe. Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass ich eine Privatrechnung erhalte und diese selbst bezahlen muss.

Mir ist bekannt, dass meine private Krankenversicherung / Beihilfestelle oder private Zusatzversicherung die Erstattung der Rechnung ganz oder teilweise ablehnen kann. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Behandlungskosten auch im Fall der Nichterstattung durch die Versicherung in vollem Umfang durch mich zu bezahlen sind. Dies gilt auch für die Kosten analoger Bewertungen.

Termine, die nicht rechtzeitig abgesagt werden, können in Rechnung gestellt werden.

Eine Forderungsabtretung an Dritte ist nur in beiderseitigem Einverständnis gestattet.

Datum:



Einwilligung zur Datenverarbeitung gemäß EU-DSGVO Datenschutzverordnung

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten ist uns sehr 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 in puncto Datenschutz haben.

1. Verantwortlichkeit für die Datenverarbeitung

Verantwortlich für die Datenverarbeitung ist:
Praxisname: Zentrum für Naturheilkunde Bahtat
Adresse: Pillingser Höhe 4, 58644 Iserlohn
Tel.: 02374 – 924 50 50

Sie erreichen die zuständige Datenschutzbeauftragte unter:

Name: Heilpraktikerin Katja Bahtat
Adresse: Pillingser Höhe 4, 58644 Iserlohn
Tel.: 02374 – 924 50 50

2. Zweck der Datenverarbeitung

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und Ihrem Heilpraktiker / Arzt und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen.

Hierzu verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Ihre Gesundheitsdaten. Dazu zählen Anamnesen, Diagnosen, Therapievorschläge und Befunde, die wir oder andere Heilpraktiker / Ärzte erheben. Zu diesen Zwecken können uns auch andere Ärzte oder Psychotherapeuten und Therapeuten bei denen Sie in Behandlung sind, Daten zur Verfügung stellen (z.B. in Arztbriefen).

Die Erhebung von Gesundheitsdaten ist Voraussetzung für Ihre Behandlung. Werden die notwendigen Informationen nicht bereitgestellt, kann eine sorgfältige Behandlung nicht erfolgen.

3. Empfänger Ihrer Daten an Dritte

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 andere Ärzte / Psychotherapeuten, Therapeuten, Krankenkassen und der Medizinische Dienst der Krankenversicherung sein.

Die Übermittlung erfolgt, wenn bei Ihnen zutreffend, 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 berechnigte Empfänger.

4. Speicherung Ihrer Daten

Wir bewahren Ihre personenbezogenen Daten nur solange auf, wie dies für die Durchführung der Behandlung erforderlich ist.

Aufgrund rechtlicher Vorgaben sind wir dazu verpflichtet, diese Daten mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren. Nach anderen Vorschriften können sich längere Aufbewahrungsfristen ergeben, zum Beispiel 30 Jahre bei Röntgenaufzeichnungen laut Paragraph 28 Absatz 3 der Röntgenverordnung.



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 zuständigen Aufsichtsbehörde für den Datenschutz zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt.

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 gerne an uns wenden.

Ich, _____, habe die oben stehende Information zum Datenschutz
(Name des Patienten in Druckbuchstaben)
zur Kenntnis genommen und bin mit der entsprechenden Speicherung meiner Daten einverstanden.

Datum, Ort

Unterschrift