

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 DS-GVO, insbesondere über die Datenweitergabe und die Speicherdauer.

Ich/wir bin/sind damit einverstanden, dass die Heilpraktikerpraxis Thomas Früchtl 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 einverstanden: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Familienstand/Kin- der?	
Geburtsdatum, -Ort	
Geschlecht:	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers/sonstiges:
Strasse, Hausnummer	
PLZ, Ort:	
Telefon / Handy:	
Email-Adresse:	
Krankenversicherung:	<input type="checkbox"/> Gesetzliche Krankenkasse = Selbstzahlerleistung <input type="checkbox"/> Private Zusatzversicherung <input type="checkbox"/> Private Vollversicherung <input type="checkbox"/> Beihilfeberechtigt
Beruf:	
Hobbies:	
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:
Vorerkrankungen?	welche? seit wann?
Operationen?	Welche? Wann?

Erkrankungen in der Familie?	<input type="checkbox"/> Schlaganfall <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Krebserkrankungen <input type="checkbox"/> Herzinfarkt <input type="checkbox"/> Cholesterinerhöhung <input type="checkbox"/>
Impfstatus:	<input type="checkbox"/> vollständig geimpft <input type="checkbox"/> teilweise, siehe Impfbuch <input type="checkbox"/> Covid-19-Impfungen, wann: <input type="checkbox"/> Aufgetretene Impfreaktionen? welche/wann? <input type="checkbox"/> vollständig <u>ungeimpft</u>
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 welche? <input type="checkbox"/> Nein
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 <u>resistenten</u> Erregern festgestellt?	<input type="checkbox"/> Ja welche? <input type="checkbox"/> Nein
Hausarzt:	
verweisender Arzt oder Heilpraktiker:	
Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?	<input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Empfehlung Herr / Frau _____ <input type="checkbox"/> sonstiges:
Herzlichen Dank!	Ihre Daten werden vertraulich behandelt. Es gilt die gesetzliche Schweigepflicht nach dem BGB.

Kosteninformation

Leistung:	Honorar (ca.)	Akzeptierte Zahlungsweise
Ersttermin (30–60 Min.): Anamnesegespräch, Beratung, Diagnostik zuzüglich ggf. anfallender Labor- und Arzneimittelkosten; auch als Erstanamnese zur klassischen Homöopathie	120 – 250 €	Überweisung oder Barzahlung
Standardtermin (30–60 Min.), z. B. Beratung, Untersuchung, Homöopathie-Folgetermin, Infusion, Dorn-Therapie, Neuraltherapie) Je nach Zeitaufwand und Komplexität	60 – 120 €	Überweisung oder Barzahlung
Laborkosten und Kosten für Arzneimittel , soweit sie angefallen sind		
Augmentierte Elektroakupunktur bei Allergien (1. Termin / 2. Termin)	75–85 € / 20–30€	Barzahlung
PRP-Behandlung (homöopathisch aufbereitet) bei Gelenkbeschwerden oder Haarausfall, pro Termin	220 – 270 €	Überweisung oder Barzahlung
sonstige Leistungen zum allgemeinen Satz: (gilt auch für Telefonate und email-Korrespondenz)	60 € pro 30 Min.	Überweisung oder Barzahlung
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