

Patientenaufnahmebogen

Einwilligung zur Verarbeitung der 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.

Einwilligungserklärung: Ich/wir bin/sind damit einverstanden, dass die Heilpraktikerpraxis Thomas Früchtl meine Gesundheitsdaten (bzw. die meines/unseres Kindes) zu dem vorgenannten Zweck (Behandlung) erhebt, verarbeitet und nutzt. Dies gilt insbesondere für die Speicherung der Gesundheitsdaten und des Behandlungsverlaufs in einer Patientenakte (elektronisch und ggf. 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 Kindern:	Erziehungs-/Sorgeberechtigte Person:												
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?	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Medikament</th> <th>Dosis</th> <th>Zeitpkt. d. letzten Einnahme</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>	Medikament	Dosis	Zeitpkt. d. letzten Einnahme									
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"/> Sind Impfreaktionen aufgetreten?	<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
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 (Stand 01.04.2025)

Leistung:	Honorar (ca.)	Akzeptierte Zahlungsweise
Allgemeiner Ersttermin (ca. 45–60 Min.): umfasst je nach Situation Anamnesegespräch, Beratung, Untersuchung, ggf. Therapieeinleitung.	110 – 150 €	Überweisung oder Barzahlung
Homöopathische Anamnese (ca. 60 Min.), zusätzlich zum allgemeinen Ersttermin einschließl. Repertorisation und Untersuchung	zzgl. 80–120 €	Überweisung oder Barzahlung
Kinder bis 14. Lebensjahr	zzgl. 10–30 €	
Folgetermin (ggf. auch per Video oder Telefonat) (30–60 Min.), z. B. Folgegespräch, Folgeanamnese, Folgetherapie	70 – 100 €	Überweisung oder Barzahlung
Augmentierte Elektroakupunktur bei Allergien 1.Termin	85 €	Barzahlung (nur in München möglich), ausnahmsweise Überweisung
2. Termin innerhalb von 4 Wochen	30 €	

Bitte beachten Sie:

1. Die oben genannten Angaben zum Honorar gelten je nach Zeitaufwand und Komplexität, falls nicht anders vereinbart. **Laborkosten** und Kosten für **Arzneimittel** werden je nach Entstehungspreis extra berechnet, soweit sie angefallen sind.
2. **Sie erhalten nach der Behandlung eine Rechnung. Diese wird bei Versicherten aufgeschlüsselt nach GebüH** (Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker) **bzw. LVKH** (Leistungsverzeichnis klassische Homöopathie). Heilkundliche Leistungen sind von der Umsatzsteuer befreit.
3. Die **gesetzliche Krankenkasse** erstattet die Behandlungskosten **grundsätzlich nicht**. **Private Krankenversicherungen, Zusatzversicherungen, Beihilfe können** die Behandlungskosten **ganz oder teilweise** erstatten! Dies hängt von Ihren Vertragsbedingungen ab. **Ggf. müssen Sie also einen Eigenanteil an den Behandlungskosten selbst tragen.** Bei Fragen dazu wenden Sie sich bitte an Ihre Versicherung, da wir darüber keine Kenntnis haben.
4. **Der Rechnungsbetrag ist per Barzahlung bzw. per Überweisung 14 Tage nach Erhalt der Rechnung fällig und vollständig zu begleichen, unabhängig von Zeitpunkt und Höhe einer eventuellen Erstattung durch die Versicherung.**
5. **Terminabsagen** bitte **spätestens 24 Stunden** vor dem Termin. Ein unentschuldigtes Terminversäumnis kann mit einer **Ausfallentschädigung** i. H. v. 50% der vereinbarten Leistung berechnet werden. Keine Gewähr auf eine Behandlung bei verspätetem Erscheinen Ihrerseits von mehr als **15 Minuten**. In diesem Fall gilt der Termin als nicht abgesagt und wird mit 50% der vereinbarten Leistung berechnet.

Ort, Datum

Unterschrift Patient bzw. Sorgeberechtigte/r