

ANAMNESE-FRAGEBOGEN

Vorname: _____, Nachname: _____

Krankenkasse: _____

Privatversicherung: JA

Beihilfe: JA

Gesetzlich versichert: JA

Gesetzlich versichert und mit privater Zusatzversicherung: JA

Unter welchen akuten Beschwerden leiden Sie und seit wann?

Ordnen Sie die Beschwerden nach Ihrer Wichtigkeit.

1. _____

Seit: _____

2. _____

Seit: _____

3. _____

Seit: _____

4. _____

Seit: _____

Welche Behandlungen haben Sie gegen diese Beschwerden bereits bekommen?

Patienteninformation und Kostenübernahme der Liebscher & Bracht Schmerztherapie

Patientenvereinbarung

zwischen der

PRAXIS für Schmerztherapie

Yannick und Annette Eckert

Alte Gasse 9A in 53343 Wachtberg-Berkum

und

Vorname, Nachname: _____

Straße, PLZ, Ort: _____

geboren am: _____

E Mail: _____

Tel. privat: _____ **Handy:** _____

Ich bin damit einverstanden, dass die Schmerztherapie nach Liebscher & Bracht bei mir im Rahmen einer biologisch- medizinischen Heilbehandlung durchgeführt und mir entsprechend in Rechnung gestellt wird.

Ich wurde mit dieser Vereinbarung darüber informiert, dass Heilpraktiker- Rechnungen i. d. R. nicht von den gesetzlichen Krankenkassen übernommen werden. Von privaten Krankenkassen, Beihilfestellen oder Zusatzversicherungen werden die Kosten möglicherweise nur teilweise übernommen. Die Rechnungstellung bzw. -begleichung erfolgt unabhängig von einer möglichen Erstattung durch private Krankenversicherungen, private Zusatzversicherungen oder Beihilfestellen.

Gemäß § 615, BGB können versäumte oder nicht rechtzeitig abgesagte Termine privat in Rechnung gestellt werden. Ich berechne für nicht wahrgenommene und nicht mindestens 48 Stunden im Voraus abgesagte Termine eine Pauschale von 40,00 €, falls ich den Termin nicht mehr vergeben kann.

**Durchschnittlich umfasst eine abgeschlossene Therapie 3 Behandlungen,
in schwereren Fällen bis zu 5 Behandlungen.**

**Die beiden ersten Termine finden i.d.R. innerhalb 10 Tagen statt und
ab der 3. Behandlung jeweils in mehrwöchigen Abständen, je nach Symptomatik.**

Mir wurden keine Heilversprechen gegeben und mir ist bekannt, dass naturheilkundliche Verfahren zum Teil wissenschaftlich / schulmedizinisch nicht anerkannt sind.

Hiermit erkläre ich mich, mit oben genannten Bedingungen einverstanden und stimme zu nach einer Schmerztherapie von Liebscher & Bracht behandelt zu werden.

Datum, Unterschrift Patient/in

Datum, Unterschrift Therapeut/in

Patienteninformation Zum Datenschutz

Der Schutz Ihrer Daten ist wichtig. Nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) bin ich verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck meine Praxis Daten erhebt, speichert oder weiterleitet.

Verantwortliche Stelle für die Datenverarbeitung ist: Heilpraktikerin Annette Eckert, Alte Gasse 9A, 53343 Wachtberg /Tel.: 0228 / 368 143 11

E-Mail: praxis-eckert@t-online.de / Weitere Information über mich erhalten Sie im Impressum meiner Homepage www.schmerztherapie-su.de und www.schmerztherapie.care

Wenn Sie die Praxis zu einer Behandlung aufsuchen, werden folgende gesundheitsbezogene Daten erhoben und gespeichert:

- Informationen über Ihre Gesundheit, die für Ihre Behandlung im Rahmen des Behandlungsvertrages notwendig sind (Gesundheitsdaten)
- Angaben in der Patientendokumentation
- Angaben im Patienten Stammbblatt, insbesondere Vorerkrankungen

Die Verarbeitung der allgemeinen Daten erfolgt mit dem Zweck:

- Sie als unseren Patienten identifizieren zu können
- Sie behandeln zu können
- mit Ihnen Kontakt aufnehmen zu können und zu korrespondieren
- Ihnen bei Bedarf eine Rechnung zu stellen
- Erfüllung gesetzlicher Aufbewahrungs- und Dokumentationspflichten

Die Verarbeitung der gesundheitsbezogenen Daten erfolgt mit dem Zweck:

- Sie behandeln zu können
- Erfüllung gesetzlicher Aufbewahrungs- und Dokumentationspflichten

Speicherdauer: Die für die Behandlung erhobenen Personenbezogenen Daten werden bis zum Ablauf der gesetzlichen Aufbewahrungspflicht gespeichert (§ 630 f Abs. 3 Bürgerliches Gesetzbuch).

Datenweitergabe an Dritte und Information über gesetzliche oder vertragliche

Bereitstellungspflichten: Die Übermittlung personenbezogener Daten an Dritten kann erfolgen:

- soweit dies nach Art. 6 Abs. 1 S. 1 lit. b DSGVO für die Abwicklung des Behandlungsvertrages mit Ihnen erforderlich ist
- sofern eine gesetzliche Offenbarungspflicht besteht, z. B. § 138 Abs. 1 Nr. 1 bis 8 StGB
- sofern eine Meldepflicht nach dem Infektionsschutzgesetz besteht
- falls wir anwaltliche und gerichtliche Hilfe in Anspruch nehmen müssen
- bei einer Kindeswohlgefährdung (§4 Abs. 3 KKG)
- zur Erfüllung steuer- und handelsrechtlicher Pflichten, Finanzamt vertragliche Bereitstellungspflichten bestehen

Betroffenenrechte: Sie haben das Recht Ihre einmal erteilte Einwilligung jederzeit gegenüber meiner Praxis zu widerrufen. (Art. 7 Abs. 3 DSGVO).

Widerspruchsrecht: Sofern Ihre personenbezogenen Daten auf Grundlage von berechtigten Interessen gemäß Art. 6 Abs 1 S lit. f DSGVO verarbeitet werden, haben Sie das Recht, gemäß Art. 21 DSGVO Widerspruch gegen die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten einzulegen, soweit dafür Gründe vorliegen, die sich aus Ihrer besonderen Situation ergeben. Möchten Sie von Ihrem Widerspruch Gebrauch machen, genügt eine E-Mail an: praxis-eckert@t-online.de.

Datum, Unterschrift Patient/in _____