



Persönliche Angaben des Patienten

Nachname Vorname
Straße / Nr. PLZ, Ort
Geburtsdatum Telefonnummer
Mobilnummer
E-Mail Empfohlen von

Bei Minderjährigen bitte hier den Vor/Nachname des erziehungsberechtigten Versicherten:

Nachname Vorname
Geburtsdatum

Lebenssituation

Familienstand Religion
Kinder

Krankenversicherung

Gesetzlich bei Heilpraktiker Zusatzvers. bei
Privat bei Beihilfe Post B

Beruf

Erlerner Beruf Tätig als
 Ich sitze viel Ich stehe viel Ich arbeite körperlich

Ihre Geburt?

Normale Geburt Kaiserschnitt Geburt mit Hilfsmitteln
 Komplikationen welche?

Sport

Art
 keinen gelegentlich regelmäßig

Brillen/Kontaktlinsenträger?

Nein Ja
 Kurzsichtig Weitsichtig
Seit wann?

Sind Sie in ärztlicher Behandlung?

Nein Ja, bei
 Arzt Hausarzt Heilpraktiker Psychologe/Therapeut
Name Adresse

Gab es Operationen?

Nein Ja wo und wann?



Menstruation:

wie lange? _____

wie oft? _____

schmerzhaft?

Nein Ja

wo? _____

Hormone:

Nein Ja

welche? _____

Klimakterium-Beschwerden:

Nein Ja

welche? _____

Gab es nennenswerte Krankheiten in der Kindheit?

Nein Ja

welche? _____ im Alter von _____ Jahren.

Gab es dabei Komplikationen?

Nein Ja

welche? _____

Nehmen Sie Medikamente?

Nein Ja

welche? _____

Haben Sie in den letzten Jahren Impfungen erhalten?

Nein Ja

welche? _____

Bekannte Vorerkrankungen?

Zum Bsp. Krebs, Bandscheibenvorfall, Bluthochdruck, Herzprobleme, rheumatoide Polyarthritis o.ä.

Nein Ja

welche? _____

Gibt es in Ihrer Familie wiederholt auftretende Erkrankungen?

Nein Ja

welche? _____

Haben Sie Frakturen?

Nein Ja

welche? _____

Haben Sie Allergien?

Nein Ja

welche? _____

Haben Sie Angst vor Spritzen oder Nadeln?

Zum Bsp. Akkupunktur, Tätowierer, Infusionen, Blutspenden o.ä.

Nein Ja

gab es Zwischenfälle? _____



Meine Beschwerden sind:

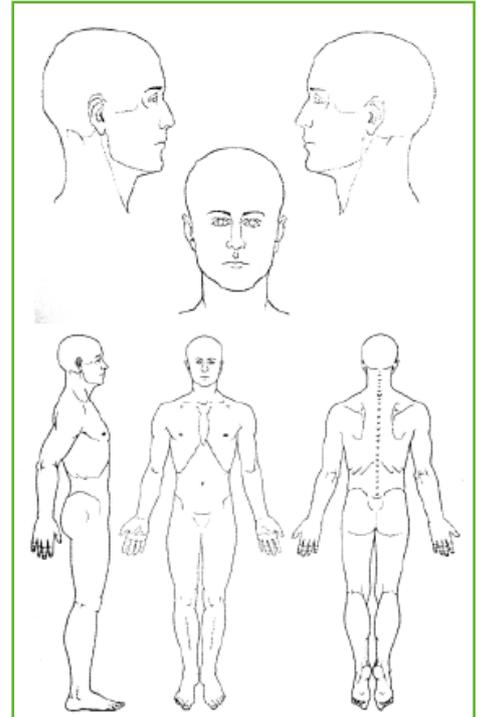
- akut seit Tagen
- chronisch seit Wochen Monaten Jahren
- treten immer wieder auf

Die Auswirkungen sind:

- Schmerzen
- Schwäche
- Taubheitsgefühl
- Bewegungseinschränkungen

In der Körperregion

- | | | | |
|--|--|--------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Lendenwirbelsäule | <input type="checkbox"/> Schulter | <input type="checkbox"/> links | <input type="checkbox"/> rechts |
| <input type="checkbox"/> Brustwirbelsäule | <input type="checkbox"/> Oberarm | <input type="checkbox"/> links | <input type="checkbox"/> rechts |
| <input type="checkbox"/> Halswirbelsäule | <input type="checkbox"/> Ellenbogen | <input type="checkbox"/> links | <input type="checkbox"/> rechts |
| <input type="checkbox"/> Brustkorb | <input type="checkbox"/> Hüfte | <input type="checkbox"/> links | <input type="checkbox"/> rechts |
| <input type="checkbox"/> Kopf | <input type="checkbox"/> Unterarm | <input type="checkbox"/> links | <input type="checkbox"/> rechts |
| <input type="checkbox"/> Gesicht | <input type="checkbox"/> Knie | <input type="checkbox"/> links | <input type="checkbox"/> rechts |
| <input type="checkbox"/> Oberbauch | <input type="checkbox"/> Hand | <input type="checkbox"/> links | <input type="checkbox"/> rechts |
| <input type="checkbox"/> Unterbauch | <input type="checkbox"/> Fuß | <input type="checkbox"/> links | <input type="checkbox"/> rechts |
| <input type="checkbox"/> Psychisch | <input type="checkbox"/> Unterschenkel | <input type="checkbox"/> links | <input type="checkbox"/> rechts |
| | <input type="checkbox"/> Oberschenkel | <input type="checkbox"/> links | <input type="checkbox"/> rechts |
| | <input type="checkbox"/> Andere <input type="text"/> | | |



Lokalisation von Schmerzen und Beschwerden

Meine Schmerzen / Beschwerden	Grad 0-10	Bemerkungen

Was ist das Hauptproblem?

Meine Beschwerden/Schmerzen hindern mich an...

Bisher gestellte Diagnosen:

Gab es eine Ursache?

- Autounfall
- Sturz
- unbekannt
- Schwangerschaft
- andere

Bisherige Diagnostik

- Labor
- MRT/CT
- Röntgen
- HWS
- BWS
- LWS
- Becken
- Erstellt am

Waren Sie schonmal in chiropraktischer Behandlung?

- Nein
- Ja zuletzt am bei



Sind Sie schonmal auf den Kopf gefallen?

Nein Ja
im Alter von? _____

Sind Sie schonmal auf das Steißbein gefallen?

Nein Ja
im Alter von? _____

Leiden Sie derzeit an folgenden Störungen?

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus | <input type="checkbox"/> Cushing Syndrom | <input type="checkbox"/> Fettstoffwechselstörungen |
| <input type="checkbox"/> Schilddrüsenstörung | <input type="checkbox"/> Nierenerkrankungen | <input type="checkbox"/> Nebennieren Erkrankung |
| <input type="checkbox"/> Gicht | <input type="checkbox"/> Lebererkrankungen | <input type="checkbox"/> Bluthochdruck |
| <input type="checkbox"/> Niedriger Blutdruck | <input type="checkbox"/> Herzerkrankungen | <input type="checkbox"/> Osteoporose |

Erkrankungen des Gefäßsystems (z.B. Krampfadern, Arteriosklerose, etc.)

Welche _____

Erkrankungen des Nervensystems (auch Störungen der Sensibilität oder der Bewegung)

Welche _____

Noch ein paar Fragen... haben Sie weitere Beschwerden?

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen | <input type="checkbox"/> Schwindel | <input type="checkbox"/> Sehstörungen |
| <input type="checkbox"/> Zahnmetalle (Amalgan, Gold, Titan) | <input type="checkbox"/> Zahnsperre | <input type="checkbox"/> Brücke/Kronen/Implantate |
| <input type="checkbox"/> Verspannungen Schulter/Nacken | <input type="checkbox"/> Finger/Handgelenkschmerzen | <input type="checkbox"/> Ellbogenbeschwerden |
| <input type="checkbox"/> Unterkieferbeschwerden | <input type="checkbox"/> Ziehen/Stechen im Po/Leiste | <input type="checkbox"/> Kniebeschwerden |
| <input type="checkbox"/> Sprunggelenk/Fußschmerzen | <input type="checkbox"/> Einlagen | <input type="checkbox"/> Nebenhöhlenentzündung |
| <input type="checkbox"/> Einschlafen/Taub/Priekeln (Hände, Füße) | <input type="checkbox"/> Bewegungseinschränkung (Hals) | <input type="checkbox"/> Ohrgeräusche (Rauschen, Pfeifen) |
| <input type="checkbox"/> Sehen von Schlieren/Punkten | <input type="checkbox"/> Schultergelenkprobleme | <input type="checkbox"/> Häufiges umknicken mit dem Fuß |
| <input type="checkbox"/> Beinlängendifferenz | <input type="checkbox"/> Absatzerhöhung/Fußkeil | <input type="checkbox"/> Narben |
| <input type="checkbox"/> Verstopfung | <input type="checkbox"/> Durchfall | <input type="checkbox"/> Blähungen |
| <input type="checkbox"/> Sodbrennen | <input type="checkbox"/> Verdauungsprobleme | <input type="checkbox"/> Müdigkeit |
| <input type="checkbox"/> Stimmungsschwankungen | <input type="checkbox"/> Konzentrationsstörung | <input type="checkbox"/> Gedächtnisstörung |
| <input type="checkbox"/> Schlafstörungen | <input type="checkbox"/> Übergewicht | <input type="checkbox"/> Erschöpfung |
| <input type="checkbox"/> Starkes Schwitzen | <input type="checkbox"/> Stechen im Brustkorb | <input type="checkbox"/> Herzdruck |
| <input type="checkbox"/> Augenprobleme | <input type="checkbox"/> Steifheit | <input type="checkbox"/> Bindegewebsschwäche |
| <input type="checkbox"/> Schwangerschaftsstreifen | <input type="checkbox"/> Ängste | <input type="checkbox"/> Hautirritationen |
| <input type="checkbox"/> Rheumatische Beschwerden | <input type="checkbox"/> Hämorrhoiden | <input type="checkbox"/> Potenzprobleme |
| <input type="checkbox"/> Unerfüllte Sexualität | | |

WAS ICH IHNEN NOCH SAGEN MUSS – DAS KLEINGEDRUCKTE

Allgemeine Aufklärungspflicht

Ich sehe mich im Stande, die Kosten, d.h. das Praxishonorar und die Laborkosten selbst zu bezahlen.

Lieber Patient,
die in meiner Praxis durchgeführten Therapieverfahren sind sanfte, gezielte, auf den jeweiligen Körper ausgerichtete Justierungen, die Risiken auf ein Mindestmaß reduzieren. Dennoch bin ich vom Gesetzgeber dazu verpflichtet, Sie über Gefahren von chiropraktischen Maßnahmen aufzuklären.

Bitte nehmen Sie noch 2 Minuten Zeit.

- Urteil des Oberlandesgericht Düsseldorf (vom 08.07.1993, Zeichen 302/91)
„Über eventuelle Gefahren chiropraktischer Maßnahmen ist aufzuklären“
In diesem Urteil wird verlangt, dass der Patient über das Risiko aufgeklärt werden muss, dass es in seltenen Fällen, trotz korrekter Durchführung der Manipulation an der Halswirbelsäule, zu dauerhaften Durchblutungsstörungen des Kopfes kommen kann.“
- Urteil des Oberlandesgerichts Stuttgart (vom 20.02.1997, Zeichen 14U 44/96) „Ein Heilbehandler (Arzt, Heilpraktiker, Physiotherapeut) darf sich vor chiropraktischen Eingriffen nicht auf den Hinweis beschränken, dass es im Anschluss an die Behandlung auch zu einer Verschlechterung der Beschwerden kommen könne.“

Vielmehr ist ein durch einen Bandscheibenvorfall vorgeschädigter Patient darüber in Kenntnis zu setzen, dass es auch bei fehlerfreier Durchführung beim Eingriff zu einer Verlagerung von Bandscheibengewebe und in der Folge zu einer spinalen Wurzelkompression kommen kann. Dieser Hinweis ist zur Wahrung des Selbstbestimmungsrechts des Patienten dringend geboten, wenn ein Erfolg durch die Chirotherapie ungewiss ist, dem Heilbehandler bekannt ist, dass es dem Patienten darauf ankommt, eine Bandscheibenoperation zu vermeiden.“

Ich wurde / werde über evtl. Risiken, bzw. Nebenwirkungen der durchgeführten Maßnahmen ausführlich (auch mündlich) in Kenntnis gesetzt und erkläre mich damit einverstanden. Wurden evtl. bereits von Ärzten vorgeschlagene Operationen oder Behandlungen (z.B. Chemotherapie) und schulmedizinische Medikamente abgelehnt oder aufgeschoben, so erfolgt dies ausschließlich in Eigenverantwortung des Patienten! Meine Behandlungen und Untersuchungen stellen eine Ergänzung zu schulmedizinischen Behandlungen und Untersuchungen dar. Sie ersetzen nicht den Arzt. (Dieser Satz ist uns gesetzlich vorgeschrieben)

Zur Untersuchung

Bitte bringen Sie vorhandene Laboruntersuchungen, Krankenberichte, Röntgenbilder etc. zum Ersttermin mit in die Praxis. Sollten Sie keine aktuellen Röntgenbilder Ihrer Wirbelsäule geben (älter als 2 Jahre) wenden Sie sich an ihren Arzt und erneuern Sie diese.

Zum Thema Abrechnung

Ich möchte Sie darüber informieren, dass Sie unmittelbar zahlungspflichtiger Vertragspartner mit mir sind.

- Sind Sie gesetzlich versichert, informieren Sie sich bitte über unsere Selbstzahlerpreise.
Gerne gebe ich Empfehlungen zur Zusatzversicherung für Heilpraktiker. Fragen Sie mich.
- Die Dauer der Behandlung beträgt ca. 30 min. Erstbehandlungen können auch 1 Std. dauern.
Das Honorar wird pro Behandlung mit 65€ berechnet.
- Sind Sie privat- oder zusatzversichert erhalten Sie eine Rechnung laut GebÜH (Gebührenordnung für Heilpraktiker) und nach spezieller Sachlage nach Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ).
- Die Rechnung wird direkt nach jeder Behandlung geschrieben.
Das Honorar wird sofort nach Behandlung fällig und ist Bar gegen Quittung und Rechnung zu bezahlen.

Anmerkung

Ich arbeite in meiner Praxis diagnostisch und therapeutisch konzeptorientiert zum Wohl Ihrer Gesundheit. Die Kombination der Maßnahmen basiert auf meiner langjährigen Erfahrung und wird individuell Ihren Beschwerden angepasst. Einige private Krankenkassen haben hierzu eigene Richtlinien, die dazu führen, dass manchmal nicht alle Leistungen in voller Höhe übernommen werden. Ich behalte mir vor, an einem Tag zu beraten und zu untersuchen und chiropraktisch zu behandeln. Für eine volle Erstattung meiner Leistungen kann ich leider nicht garantieren.

Bezüglich Terminvereinbarung

Um längere Wartezeiten zu vermeiden, reserviere ich für Sie Termine. Ich möchte Sie darauf hinweisen, dass Terminabsagen bis 24 Stunden vor Ihrem mit mir vereinbarten Termin nicht berechnet werden und bestehen bleiben. In alle andere Fällen bin ich nach BGB § 252 berechtigt, die Praxisausfallkosten (Behandlungsgebühr) in Rechnung zu stellen. Der ausgefallene nicht abgesagte Termin verfällt auch bei bereits geleistetem Honorar.

Bitte unterzeichnen Sie Ihre Kenntnisnahme, die Richtigkeit der gemachten Angaben und Ihr Einverständnis zu obigen Angaben.

Ort, Datum

Unterschrift Patient / Vormund

Datenschutzinformation und Einwilligungserklärung in die Datenverarbeitung

In unserer Praxis werden während Ihrer Behandlung personenbezogene vertrauliche Daten erhoben. Immer schon unterliegen alle Therapeuten und Mitarbeiter in unserer Praxis einer strengen Schweigepflicht. Nach dem jetzt in Kraft getretenen neuen Datenschutzrecht (EU-Datenschutz-Grundverordnung und Bundesdatenschutzgesetz) 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 beim Datenschutz haben. Ferner ist Ihre ausdrückliche Einwilligung in die Datenerhebung erforderlich.

1. VERANTWORTLICHKEIT FÜR DIE DATENVERARBEITUNG

Praxisname: **Naturheilpraxis Spürbar Besser**
Heilpraktiker: **Vassilios Kutsidis**
Adresse: **Brückenstraße 24 - 73240 Wendlingen**
Telefon: **0172 / 71 48 737**

In unserem Bundesland ist in allen Datenschutzangelegenheiten Ansprechpartner:

Name: **Dr. Stefan Brink**
Anschrift: **Königstraße 10a 70173 - Stuttgart**
Postfach 10 29 32 - 70025 Stuttgart
Telefon: **0711 / 61 55 41 - 0**
E-Mail: **poststelle@lfdi.bwl.de**

2. ZWECK DER DATENVERARBEITUNG

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

Hierzu verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Ihre Gesundheitsdaten. Dazu zählen Anamnesen, Diagnosen, Therapievor schläge und Befunde, die wir oder andere Heilpraktiker erheben. Zu diesen Zwecken können uns auch andere Heilpraktiker, Ärzte oder Psycho logische Psychotherapeuten, bei denen Sie in Behandlung sind, Daten zur Verfügung stellen (z. B. in Therapeutenbriefen), wenn Sie sie von ihrer Schweigepflicht entbunden haben.

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

3. WEITERGABE IHRER DATEN AN DRITTE

Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte (z. B. ein Labor), wenn Sie eingewilligt haben.

4. SPEICHERUNG IHRER DATEN

Wir bewahren Ihre personenbezogenen Daten nur solange auf, wie dies für die Durchführung der Behandlung erforderlich ist. Nach rechtlichen Vorgaben sind wir dazu verpflichtet, diese Daten mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren.

5. EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG

Durch Ihre Unterschrift erklären Sie sich ausdrücklich mit der für Ihre Behandlung notwendigen Erhebung und Speicherung persönlicher Daten einverstanden. Sie haben das Recht, diese Einwilligung jederzeit zu widerrufen, jedoch wirkt ein Widerruf nur für die Zukunft, da nach gesetzlichen Bestimmungen eine Dokumentation Ihrer Behandlungsdaten zwingend vorgeschrieben ist. Nach Widerruf dieser Einwilligungserklärung ist aller dings eine weitere Behandlung nicht mehr möglich.

6. WEITERE EINWILLIGUNGSERKLÄRUNGEN

(Hier können praxisindividuell weitere Einverständnisse aufgenommen werden. Dies können z. B. sein:

- Einverständnis mit „Recall“ zu Gesundheitsuntersuchungen usw.,
- Einverständnis per E-Mail oder auf anderem Wege, Patienteninformationen zugesendet zu bekommen,
- Einverständnis, Einladungen zu Praxisveranstaltungen oder anderen Veranstaltungen (bei denen beispielsweise der Heilpraktiker Referent ist) zu erhalten.)

7. 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 Datenverar beitung 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.

Die Anschrift des für unsere Praxis zuständigen Datenschutzbeauftragten/Aufsichts-behörde können Sie oben Nr.1 entnehmen.

8. RECHTLICHE GRUNDLAGEN

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist Artikel 9 Absatz 2 lit. h) DS-GVO in Verbindung mit § 22 Absatz 1 Nr. 1 lit. b) Bundesdatenschutzgesetz. Sollten Sie Fragen haben, können Sie sich jederzeit an uns wenden.

Ort, Datum

Unterschrift Patient / Vormund

Entbindung von Heilpraktiker Vassilios Kutsidis von der Schweigepflicht

Ich werde behandelt von: **Heilpraktiker Vassilios Kutsidis**

Anschrift: **Brückenstraße 24 - 73240 Wendlingen**

Alle im Zusammenhang mit meiner Behandlung erhobenen Daten, Dokumentationen, eingegangene Berichte usw. unterliegen einer strengen Schweigepflicht.

Hiermit entbinde ich Herrn Vassilios Kutsidis und seine berufsmäßigen Mitarbeiter von ihrer Schweigepflicht gegenüber dem:

- Finanzamt
- Steuerberater
- Unternehmen und zur Auftragverarbeitung pgt technology scouting GmbH -
Ruschgraben 51, 76139 Karlsruhe, aus Anlass zur Terminvereinbarung, Abrechnung und
Speicherung von Patientendaten.

_____, den _____

Unterschrift Patient / Vormund