

# Patienten-Fragebogen

Antje Schubert

Im Schlosspark 5  
25436 Moorrege  
04122 - 408 28 31

Name	Geburtstag
Vorname	Beruf - erlernt
Straße	Beruf – ausgeübt
PLZ – Ort	Tel. privat
E-Mail	Telefon Beruf ggfs.

**Familienstand:** ledig – verheiratet/in einer festen Beziehung – verwitwet – geschieden/getrennt

**Kinder:** Anzahl \_\_\_\_\_ davon in Ihrem Haushalt lebend \_\_\_\_\_

Geburtsjahr (m/wbl) 1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_ 3. \_\_\_\_\_ 4. \_\_\_\_\_

**Versicherung:**  Gesetzlich  Zusatz-Versicherung  Beihilfe/Post  Privat-Versicherung:

## Eine Bitte

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen sorgfältig aus. Falls der Platz nicht ausreicht, nehmen Sie ggf. ein Extra-Blatt. Bitte nehmen Sie sich **genügend Zeit**.

**Was ist Ihr Wunsch an mich, was ist Ihr Ziel ?**

.....

.....

**Was war unmittelbar vor dem ersten Auftreten Ihrer jetzigen Beschwerden ?**

z.B. eine Erkrankung, Kummer, Trauer, Schreck, Operation, Medikamente, Trennung, Arbeitslosigkeit, usw.

.....

**Krankengeschichte** Bitte erfassen Sie möglichst alle bisherigen Erkrankungen und Operationen, die Sie durchgemacht haben. Bitte mit zeitlichen Angaben und gerne chronologisch. Wann mussten Sie Antibiotika einnehmen ?

.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....

Welche **Medikamente** nehmen Sie zurzeit ein?

Bitte Beipackzettel oder Medikament mitbringen. Auch Nahrungsergänzungsmittel angeben.

.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....

## Laborbefunde

Sofern vorhanden, bringen Sie bitte Labor-/Untersuchungsbefunde mit

## Hinweise zum Datenschutz

Die Angaben im Patientenfragebogen sind freiwillig und unterliegen selbstverständlich, wie auch alle anderen Angaben, der **Verschwiegenheit**.

Meine ausführlichen Datenschutz finden Sie auf der Homepage:

<https://www.heilpraxis-schubert.de/j/privacy>

Meine Daten werden für die Patientenkartei, die Abrechnung und unseren Schriftverkehr, auch den per E-Mail, gespeichert.

Mit der Unterschrift erkläre ich mich einverstanden damit, per Mail folgende Inhalte zu bekommen:

- allgemeine Kommunikation
- persönliche Einnahmepläne und Therapievorschläge, in verschlüsselter Form
- Weiterleitung von Laborbefunden, in verschlüsselter Form
- meine Rechnungen, in verschlüsselter Form
- Information aus der Praxis über neue Therapieangebote, Sonderaktionen und Veranstaltungen

Für Mail mit verschlüsseltem Anhang vereinbaren wir ein persönliches Kennwort, mit welchem Sie Ihre Anhänge öffnen können.

.....  
Datum, Unterschrift

## Behandlungsvertrag

Ich bin ausdrücklich darüber informiert worden, dass die **gesetzlichen Krankenkassen** (AOK, DAK, Barmer, usw) in der Regel keine Heilpraktikerkosten übernehmen. **Private Krankenkassen, private Zusatzversicherungen sowie Beihilfestelle** erstatten nur nach den jeweiligen Verträgen.

Mir ist bekannt, dass sämtliche Leistungen der Heilpraxis unabhängig von geleisteten oder nicht geleisteten **Erstattungen** durch Beihilfestellen oder private Krankenversicherungen auf jeden Fall zu begleichen sind.

Die **Rechnungsstellung** erfolgt nach den Grundsätzen der **GebüH** (Gebührenordnung für Heilpraktiker) und meinem aktuellen **Stundensatz**, den Sie beim 1. Termin bitte erfragen.

Für fachliche Auskünfte per Telefon oder Email, eine umfangreiche Befunderhebung oder die Erstellung aufwendigerer Therapiepläne kann ein angemessener Zeitaufwand in Rechnung gestellt werden.

**Nicht/ nicht rechtzeitig** (24 Stunden vorher – gerne auch per Mail/SMS) **abgesagte Termine** können mit dem geplanten/ angemessenen Zeitumfang in Rechnung gestellt werden.

Die o.g. AGB habe ich zur Kenntnis genommen und erkenne Sie an.

.....  
Datum, Unterschrift