Heilpraxis Techant | Sascha Techant, Heilpraktiker | Brunnwiesenstr. 9 | 73760 Ostfildern
0711 - 9456 2108 | info@heilpraxis-techant.de | www.heilpraxis-techant.de

BEHANDLUNGSVEREINBARUNG

zwischen Heilpraxis Techant und Patient(in)

Name, Vorname _____

Straße _____

PLZ, Ort _____

Mobil / Tel. _____

E-Mail _____

Geburtsdatum _____

Beruf _____

Empfehlung durch _____

Elternteil *(bei Minderjährigen)*

_____

_____

_____

Krankenversicherung

☐ Gesetzlich ☐ Beihilfe

☐ Privat ☐ HP Zusatzversicherung

Name der Versicherung: _____

ANGABEN ZUR GESUNDHEIT FÜR ERWACHSENE (nur gesicherte Diagnosen)

☐ Schwanger (Woche____)	☐ Niereninsuffizienz	☐ G6PDG-Mangel	☐ Herzinsuffizienz / Infarkt
☐ Bandscheibenschäden	☐ Asthma	☐ Allergien	☐ Leberinsuffizienz
☐ Gerinnungsstörung	☐ Histaminintoleranz	☐ Osteoporose	☐ Schilddrüsenüber/unterfunktion
☐ Krebserkrankung	☐ Rheuma	☐ Diabetes	☐ Bluthochdruck
☐ Schleudertrauma	☐ Arthrose	☐ Arteriosklerose	☐ Thrombose / Lungenembolie
☐ Schlaganfall	☐ Depression	☐ Hauterkrankungen	☐ Nervenkrankheiten
☐ Darmerkrankungen	☐ sonstiges bzw. Erläuterungen:		

_____

Gab es schon mal eine Komplikation nach einer Infusion? ☐ Ja ☐ Nein

_____

Gibt es Allergien oder Nahrungsmittelunverträglichkeiten (Lebensmittel, Medikamente, Metalle, Laktose, Gluten,…)

_____

Nehmen Sie Medikamente / Nahrungsergänzungsmittel ein? (z.B. Kortison, Blutverdünner, BETA-Blocker,….)

_____

Gab es bereits schwerere Erkrankungen, Infektionskrankheiten, Operationen oder künstliche Gelenke?

_____

ANGABEN ZUR GESUNDHEIT FÜR KINDER bis 6 Lj.

Entbindung ☐ spontan ☐ Kaiserschnitt ☐ Saugglocke

Angaben zur Gesundheit

☐ Stillprobleme	☐ häufiges Schreien	☐ Körperschiefhaltung	☐ Bewegungsasymmetrien
☐ Unruhe	☐ Schlafschwierigkeiten	☐ andere Erkrankung bzw. Erläuterungen:	

_____

EINVERSTÄNDNISERLKÄRUNG (nicht Zutreffendes bitte streichen)

- ☑ Ich habe die Patienteninformation (AGB´s, Kosten & Honoraraufklärung, Datenschutzvereinbarung, Therapieaufklärung, Risiken, Nebenwirkungen und Komplikationen) gelesen und akzeptiere die Bedingungen. Ein Ausdruck steht als Download auf der Homepage zur Verfügung.
- ☑ Ich erteile meine Erlaubnis zur Kontaktaufnahme zu Themen wie Terminvereinbarungen, Rücksprachen, Behandlungsbesprechung, etc. über Email oder Telefon.
- ☑ Ich erteile die Erlaubnis die Rechnung per Mail zu versenden (ohne Passwortschutz).
- ☑ Ich habe die Angaben zur Gesundheit vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet.
- ☑ Ich erteile der Praxis bzgl. des Datenschutzes meine Einwilligung zur Verarbeitung meiner personenbezogenen Gesundheitsdaten im Zusammenhang mit meiner Behandlung. Die personenbezogenen Daten werden zum Zwecke des Kontaktes, der Behandlung und zur Abrechnung erhoben und im automatisierten Praxisverwaltungssystem gespeichert. Bei den Daten handelt es sich um die des Behandlungsvertrages und dem Anamnesebogen (Kontaktdaten, Diagnosen, Laborergebnisse, usw.). Meine Einwilligung erfolgt freiwillig. Ohne Einwilligung kann jedoch grundsätzlich keine Behandlung erfolgen. Eine ausführliche Information zum Datenschutz liegt in der Praxis aus.
- ☑ Ich willige dieser und allen folgenden Behandlungen ein.

Widerrufbelehrung
Diese Einwilligung kann jederzeit und ohne Angabe von Gründen schriftlich, per Mail oder mündlich widerrufen werden. Die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung wird dadurch nicht berührt. Im Falle eines Widerrufs, kann eine Fortsetzung der Behandlung grundsätzlich nicht mehr erfolgen und die bisher erhobenen Daten werden gelöscht.

Name, Vorname:
Ostfildern, den
Unterschrift Patient (ggf. Erziehungsberechtigter)