

BEHANDLUNGSVEREINBARUNG
zwischen Heilpraxis Techant und Patient(in)

Elternteil (bei Minderjährigen)

Name, Vorname _____

Straße _____

PLZ, Ort _____

Mobil / Tel. _____

E-Mail _____

Gesetzlich Beihilfe

Geburtsdatum _____

Privat HP Zusatzversicherung

Beruf _____

Name der Versicherung: _____

Empfehlung durch _____

GESUNDHEITSANGABEN FÜR ERWACHSENE (nur gesicherte Diagnosen)

- | | | | |
|---|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Schwanger (Woche_____) | <input type="checkbox"/> Niereninsuffizienz | <input type="checkbox"/> G6PDG-Mangel | <input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz / Infarkt |
| <input type="checkbox"/> Bandscheibenvorfall | <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Allergien | <input type="checkbox"/> Leberinsuffizienz |
| <input type="checkbox"/> Gerinnungsstörung | <input type="checkbox"/> Histaminintoleranz | <input type="checkbox"/> Osteoporose | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenüber/unterfunktion |
| <input type="checkbox"/> Krebserkrankung | <input type="checkbox"/> Rheuma | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Bluthochdruck |
| <input type="checkbox"/> Schleudertrauma | <input type="checkbox"/> Arthrose | <input type="checkbox"/> Arteriosklerose | <input type="checkbox"/> Thrombose / Lungenembolie |
| <input type="checkbox"/> Schlaganfall | <input type="checkbox"/> Depression | <input type="checkbox"/> Hauterkrankungen | <input type="checkbox"/> Nervenkrankheiten |
| <input type="checkbox"/> Darmerkrankungen | <input type="checkbox"/> 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?

GESUNDHEITSANGABEN FÜR KINDER (bis 6. Lj.)

Entbindung spontan Kaiserschnitt Saugglocke

Angaben zur Gesundheit

- | | | | |
|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Stillprobleme | <input type="checkbox"/> häufiges Schreien | <input type="checkbox"/> Körperschiefhaltung | <input type="checkbox"/> Bewegungsasymmetrien |
| <input type="checkbox"/> Unruhe | <input type="checkbox"/> Schlaf Schwierigkeiten | <input type="checkbox"/> andere Erkrankung bzw. Erläuterungen: | |

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG (nicht Zutreffendes bitte streichen)

- Ich habe die Patienteninformation (AGB's, Kosten & Honoraraufklärung, Datenschutzvereinbarung, Therapieaufklärung, Risiken, Nebenwirkungen und Komplikationen) genau gelesen, verstanden und akzeptiere die Bedingungen. Ein Exemplar kann auf der Homepage herunter geladen oder in der Praxis gedruckt werden.
- 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, Bankverbindung, 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 ganz oder teilweise schriftlich, per Mail oder mündlich widerrufen werden und ist an die Praxisadresse zu richten. 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)