

**Anamnesebogen** (Stand 01.01.2024)

Name, Vorname	<input type="text"/>	Erziehungsberechtigter bei Minderjährigen	<input type="text"/>
Straße	<input type="text"/>		
PLZ, Ort	<input type="text"/>	Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?	
Mobil, Tel	<input type="text"/>		<input type="text"/>
E-Mail	<input type="text"/>		
Geburtsdatum	<input type="text"/>		
Beruf	<input type="text"/>		

**Krankenversicherung**

**Gesetzlich bei**        **Privat / HP Zusatz bei**        **Beihilfe**

**Angaben zur Gesundheit**

<input type="checkbox"/> Osteoporose	<input type="checkbox"/> Bandscheibenschäden	<input type="checkbox"/> Tumore / Metastasen
<input type="checkbox"/> frische Operationen	<input type="checkbox"/> Arteriosklerose	<input type="checkbox"/> Knochenkrankheiten
<input type="checkbox"/> Rheumatoide Arthritis	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Bluthochdruck
<input type="checkbox"/> Schleudertrauma	<input type="checkbox"/> Arthrose	<input type="checkbox"/> Schwanger
<input type="checkbox"/> sonstige Erkrankungen		

Erläuterungen:

  

Medikamente (z.B. Kortison, Blutverdünner,..) (welche, wofür?)

  

Ostfildern, den  Unterschrift Patient(in) (ggf. Erziehungsberechtigter)

**Behandlungsvertrag** (Stand 01.01.2024) zwischen **Heilpraxis Techant** und **Patient**

Name, Vorname

**EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG**

(nicht Zutreffendes bitte streichen)

Ich habe die **Patienteninformation (Behandlungsmethoden, Risiken und Nebenwirkungen, Komplikationen, Gebühren und Ausfallhonorar-Vereinbarung, Heilversprechen, usw.)** gelesen, verstanden und akzeptiere die Bedingungen.

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** 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.

Ostfildern, den

**Unterschrift Patient(in)** (ggf. Erziehungsberechtigter)