



Naturheilzentrum CaJu GmbH
Carsten Jung
Heilpraktiker - Osteopath

Ostendstr. 196, 90482 Nürnberg, Tel. 0911/ 3683859

ANAMNESE - - - FRAGEBOGEN

Name:	
Vorname:	
Geburtsdatum:	
Straße/ Hausnr.:	
PLZ / Ort:	
Beruf:	
Familienstand:	
Telefon privat:	
Telefon mobil:	
e-Mail:	
Kinder:	
Krankenkasse:	
Versicherten-Nr:	
Zusatzversicherung (Osteopathie/Heilpraktiker):	
Größe:	
Gewicht:	
Bei Minderjährigen Patienten bitte den Rechnungsempfänger mit Geburtsdatum angeben:	

Unter welchen Beschwerden leiden Sie:

Was war unmittelbar vor Auftreten der jetzigen Beschwerden? (z.B. eine Erkrankung, Kummer, Trauer, Schreck, Operation, Hautausschläge, Medikament, usw.)

Welche Krankheiten sind Ihnen in Ihrer Familie bekannt? Eltern, Großeltern, Urgroßeltern oder Geschwister? (z.B. Krebs, Tuberkulose, Geisteskrankheiten, Rheuma, Nierensteine, Gallensteine, Multiple Sklerose, Gicht, Allergien, Schuppenflechte, Neurodermitis, Migräne, etc.)

Welche Infektionskrankheiten haben Sie durchgemacht? (Masern, Mumps, Röteln, Keuchhusten, Windpocken, Scharlach, Tetanus, Kinderlähmung, Malaria, Salmonellose, Rur, Pfeiffersches Drüsenfieber, Gonorrhoe, Syphilis, Tropenkrankheiten, etc.)

Welche Auffrischimpfungen haben Sie bekommen? Bitte Impfausweis mitbringen.
(z.B. Tuberkulose, Polio, Diphtherie, Tetanus, Keuchhusten, Hepatitis, Zecken, etc.)

Gab es Reaktionen auf Impfungen ? (z.B. Fieber, Krämpfe, Unruhe, Schlaflosigkeit, Verhaltensänderung, etc.)

Haben Sie Allergien?

Pollen / wann? : _____

Lebensmittel? : _____

Sonstige? : _____

Beschwerden:

Kopf

Kopfschmerzen	Häufig, selten, Stirn- Augen- Schläfen- Hinterhauptregion, morgens, abends, halbseitig, links, rechts, doppelseitig
Haare	Haarausfall – kreisrunder, vereinzelt, seit wann:
Augen	Bindehautentzündung, kurzsichtig, weitsichtig, grauer Star
Ohren	Links/ rechts Tinnitus, seit: Schwerhörigkeit, seit:
Nase	Operationen, Nebenhöhlenentzündungen, behinderte Atmung
Mandeln	Operationen, häufige Mandelentzündung als Kind/ heute
Schilddrüse	Überfunktion, Unterfunktion, Vergrößerung, Operation

Brust -- Bauch

Herz	Beschwerden, Stechen, Druckgefühl, Infarkt, Beklemmungen, Rhythmusstörungen
Lunge	Bronchitis, häufiges Husten
Leber	Entzündung, Hepatitis
Galle	Steine, Koliken, Operationen, Druck im Oberbauch, Fettunverträglichkeit
Magen -- Darm	Völlegefühl, Gastritis, Appetitlosigkeit, Nahrungsmittelallergien, Infektionen, Hämorrhoiden, Blinddarm
Stuhlgang	täglich, Verstopfung, Durchfall, Konsistenz:

Unterleib -- Gynäkologie

Gynäkologie	Ausfluss, Eierstockentzündungen, Ausschabungen, Tumore, Fehlgeburten, Zysten, Myome, Geschlechtskrankheiten, Endometriose
Verhütungsmittel	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja, welches?
Sexualität	Vermindert, verstärkt unbefriedigt, Beschwerden
Zyklus/ Blutungsqualität	regelmäßig, unregelmäßig, schmerzhaft, starke Blutung, schwache Blutung, Menopause,
Kinderwunsch	nein, ja (seit wann:)
Prostata	Vergrößert, Beschwerden beim Wasserlassen, Operationen
Harn	viel, wenig, häufig, kann nicht halten, Geruch nach....
Niere/ Blase	Nierensteine, häufige Entzündungen

Rücken -- Arme -- Beine -- Haut

Arme	Verletzungen, Schmerzen, Tennisellenbogen, Kribbeln, kalte Hände
Beine	Verletzungen, Schmerzen, Krampfadern, Operationen, kalte Füße, Kribbeln, Taubheitsgefühl
Rücken	eingeschränkte Beweglichkeit, Verspannungen, Rheuma
Haut/ Nägel	Verbrennungen, Geschwüre, Hautjucken, Warzen, Pilze
Narben	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja, wo?

Zähne – Kiefer

	<p>Haben Sie Füllungen? <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> Amalgam <input type="radio"/> Kunststoff <input type="radio"/> Keramik <input type="radio"/> Gold</p> <p>Wurde Amalgam entfernt? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein</p> <p>Wurde eine Amalgamausleitung durchgeführt? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein</p> <p>Hatten Sie bereits Wurzelbehandlungen? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein</p> <p>Falls Sie wissen, welcher Zahn behandelt wurde, bitte im Bild nebenan markieren.</p> <p>Sonstiges: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
--	---

Ernährung:

Verlangen	nach süß, sauer, pikant, salzig, Fleisch, Eier, Obst, Nikotin, Alkohol
Abneigung	gegen süß, sauer, pikant, salzig, Fleisch, Eier, Fisch, Alkohol

Leben Sie nach bestimmten Ernährungsrichtlinien? Falls ja, welche?

Meine Nahrungsmittel: (z.B. Milchprodukte, Weißmehlprodukte, Eier, Gemüse, Zucker...)

morgens	
mittags	
abends	
nachts	

Allgemeines :

Was machen Sie selbst, um Ihre Gesundheit günstig zu beeinflussen?

Treiben Sie Sport? nein

ja/ Sportart : _____

Schlafzeit von: _____ bis: _____

Schlaf	Schlaflosigkeit, Schwierigkeiten beim Einschlafen, Unruhe in den Beinen, Nachtschweiß, heiße Füße, Zähneknirschen, Schlafapnoe, häufiges Erwachen (Uhrzeit: _____)
--------	--

Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit ein? (Bitte Beipackzettel mitbringen. Auch Nahrungsergänzungsmittel angeben.)

Chronologie der Krankengeschichte. Bitte erfassen Sie alle bisherigen Erkrankungen und Operationen.

Was erwarten Sie von unserer Behandlung? _____

Heilpraktiker – Behandlungsvertrag und Datenschutz

Der Heilpraktiker Carsten Jung

und Herr / Frau _____

schließen folgende Heilpraktiker – Behandlungsübereinkunft

Punkt 1 Vertragsgegenstand:

Vertragsgegenstand ist eine heilpraktikertypische heilkundliche Behandlung des Patienten. Die Heilpraktikerbehandlungen umfassen unter anderem auch wissenschaftlich/ schulmedizinisch nicht anerkannte – naturheilkundliche – Heilverfahren.

Punkt 2 Honorar:

Über die anfallenden Behandlungskosten haben Sie sich aufklären lassen. Das Honorar ist unmittelbar fällig und innerhalb von 14 Tagen nach Rechnungsstellung zu zahlen. Wird keine Rechnung gewünscht, ist das Honorar in bar gegen Quittung zu zahlen.

Punkt 3 Hinweise:

- a) Heilpraktiker nehmen nicht am System der gesetzlichen Krankenkassen teil. Gesetzlich Krankenversicherte erhalten deshalb grundsätzlich keine Erstattung der Behandlungskosten seitens ihrer Krankenkasse. Über etwaige Ausnahmen informieren Sie sich bitte bei Ihrer Krankenkasse vor Aufnahme der Behandlung.
Mitglieder privater Krankenversicherungen, privat zusatzversicherte und beihilfeberechtigte Patienten können einen Erstattungsanspruch ihrer Behandlungskosten gegenüber Ihrer Versicherung haben. Das Erstattungsverfahren hat der Patient gegenüber seiner Versicherung eigenverantwortlich durchzuführen. Die Erstattungen sind in der Regel auf die Sätze des Gebührenverzeichnisses beschränkt. Etwaige Differenzen zwischen Gebührenverzeichnis und Heilpraktiker-Honorar sind vom Patienten zu tragen.
Die Ergebnisse sämtliche Erstattungsverfahren haben keinen Einfluss auf das vereinbarte Heilpraktiker-Honorar. Der Honoraranspruch des Heilpraktikers ist vom Patienten unabhängig von jeglicher Versicherungs- und/oder Beihilfeleistung in voller Höhe zu begleichen.
- b) Heilpraktiker dürfen keine verschreibungspflichtigen Medikamente verordnen.
- c) Die behandlungsrelevanten persönlichen Angaben und medizinische Befunde des Patienten werden in einer Patientenakte erhoben und gespeichert.
- d) Die Praxis wird nach dem Bestellsystem geführt. Dies bedeutet, dass die mit dem Patienten vereinbarte Zeit auch ausschließlich für diesen reserviert ist, wodurch in der Regel lange Wartezeiten erspart bleiben. Dies bedeutet jedoch auch, dass vereinbarte Termine, die nicht eingehalten werden können, spätestens 24 Stunden vorher abzusagen sind, damit die reservierte Zeit noch anderweitig verplant werden kann. Diese Vereinbarung dient nicht nur der Vermeidung von Wartezeiten im organisatorischen Sinne, sondern begründet zugleich beiderseitige vertragliche Pflichten. So kann dem Patienten, der den Termin nicht rechtzeitig absagt, die vorgesehene Zeit und die Vergütung bzw. die ungenutzte Zeit in Rechnung gestellt werden. Dies gilt selbstverständlich nicht, wenn den Patienten an der Versäumnis kein Verschulden trifft.

Punkt 4 Datenschutz

Der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten ist für uns sehr wichtig. Nach der DSGVO (EU-Datenschutz-Grundverordnung) sind wir verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck unsere Praxis Daten erhebt, speichert, weiterleitet oder sonst verarbeitet. Der Information können Sie auch entnehmen, welche Rechte Sie haben.

Verantwortliche Person für die Datenverarbeitung ist: Carsten Jung
Ostendstr. 196
90482 Nürnberg
Tel.: 0911-3683859

Zuständiger Datenschutzbeauftragter ist: Bay. Landesamt für Datenschutzaufsicht
Promenade 27
91522 Ansbach

Die Datenverarbeitung erfolgt, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und Ihrem Heilpraktiker erfüllen zu können.

Wir verarbeiten Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Ihrer Gesundheitsdaten. Dazu zählen Anamnesen, Diagnosen, Therapievorschläge und Befunde, die wir oder andere Behandlungspersonen (Ärzte/ Heilpraktiker usw.) erheben, bzw. erhoben haben. Zu diesen Zwecken können uns auch andere Ärzte, Heilpraktiker oder Psychotherapeuten, bei denen Sie in Behandlung sind, Daten zur Verfügung stellen (z.B. in Arztbriefen).

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

Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder wenn Sie hierzu Ihre Einwilligung erteilt haben.

Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten können vor allem andere Heilpraktiker/ Ärzte/ Psychotherapeuten/ Physiotherapeuten, Krankenversicherungen, Labore und Verrechnungsstellen sein.

Die Übermittlung erfolgt überwiegend zum Zwecke der Abrechnung der bei Ihnen erbrachten Leistungen. Im Einzelfall kann die Übermittlung von Daten an weitere berechnigte Empfänger erfolgen.

Wir bewahren Ihre personenbezogenen Daten nur solange auf, wie dies für die Durchführung der Behandlung erforderlich ist. Aufgrund rechtlicher Vorgaben sind wir allerdings dazu verpflichtet, diese Daten mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren (§630 f BGB). Nach anderen Vorschriften können sich längere Aufbewahrungsfristen ergeben, zum Beispiel 30 Jahre bei Rontgenaufzeichnungen laut Paragraf 28 Absatz 3 der Röntgenverordnung.

Sie haben das Recht, über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten Auskunft zu erhalten und können die Berichtigung unrichtiger Daten verlangen.

Darüber hinaus steht Ihnen unter bestimmten Voraussetzungen das Recht auf Löschung von Daten, das Recht auf Einschränkung der Datenverarbeitung 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 Aufsichtsbehore für den Datenschutz zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt.

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist Art. 9 Abs. 2 h DSGVO i.V.m. § 22 Abs. 1 Nr.1 b BDSG, Art. 6 Abs. 1 b DSGVO.

Sollten Sie Fragen haben, können Sie sich gerne an uns wenden, Ihr Praxisteam C. Jung

Ort, Datum

Unterschrift Patient / bzw. Erziehungsberechtigter

Name, Vorname, Anschrift Patient(in)*

geboren am**



*Bitte diese Felder unbedingt ausfüllen

Liebe Patientin, lieber Patient,

wir möchten uns voll und ganz auf Sie und Ihre Behandlung konzentrieren. Deshalb haben wir uns dafür entschieden, die Abrechnung einem kompetenten Partner zu übertragen:



BFS health finance GmbH
Hülshof 24, 44369 Dortmund
Telefon 0231-94 53 62-600
Fax 0231-94 53 62-688
patientenservice@meinebfs.de

BFS gewährleistet die zügige, unkomplizierte und korrekte Bearbeitung Ihrer Rechnung. Sie ist zugleich Ihr freundlicher und kompetenter Ansprechpartner in allen Belangen der Rechnung und bietet Ihnen auf Wunsch auch Teilzahlungsmöglichkeiten.

Um die Abrechnung in Zusammenarbeit mit BFS zu ermöglichen, benötigen wir Ihr schriftliches Einverständnis. Daher bitten wir Sie um Ihre Zustimmung durch Unterzeichnung der nebenstehenden Erklärungen. Bitte beachten Sie für weitere Informationen zum Datenschutz unser Informationsblatt.

Weitere Informationen zum Thema Datenschutz bei BFS und zu Ihren Rechten erfahren Sie unter: <https://meinebfs.de/datenschutz/>

Wir bedanken uns für Ihr Vertrauen.

* Streichungen und/oder Änderungen der vorstehenden Erklärungen sind nicht zulässig und machen die Einverständniserklärung unwirksam.



Praxisleiter
mit geprüftem
Datenschutz-
management
www.tuv.com
ID: 00004400

Einverständniserklärung*

Gesetzliche(r) Vertreter(in) bei Minderjährigen/
Geschäftsunfähigen/beschränkt Geschäftsfähigen

Vorname

Nachname

Geburtsdatum

Straße

Nr.

PLZ/Ort

Behandler (Praxisstempel/Klinikstempel)

Naturheilzentrum CaJu GmbH
Inhaber: Carsten Jung
Ostendstraße 196 - 90482 Nürnberg
Tel. 0911 / 368 38 59

Sollte es über die Berechtigung der Forderung unterschiedliche Auffassungen geben, kann der Behandler in einer etwaigen Auseinandersetzung als Zeuge gehört werden.

Nach Abschluss des Verfahrens werden die Daten gelöscht. Es gelten die gesetzlichen Aufbewahrungsfristen.

Beide Elternteile sind sorgeberechtigt und nur ein Elternteil ist anwesend.

Ich erkläre hiermit, in meiner Eigenschaft als gesetzlicher Vertreter, zur alleinigen Einwilligungserteilung der Übermittlung der für die Abrechnung erforderlichen Informationen meines Kindes von dem abwesenden sorgeberechtigten Elternteil berechtigt zu sein.

Bitte durch Ankreuzen bestätigen.

Schweigepflichtsentbindung

Ich entbinde meinen Behandler, seine Vertretung und BFS in dem aufgezeigten Rahmen jeweils von ihrer Schweigepflicht

Vorstehende Erklärungen können mit Wirkung für die Zukunft schriftlich widerrufen werden.

Datum

Unterschrift Patient bzw. gesetzlicher Vertreter

Ich erkläre mich ausdrücklich einverstanden mit der

- möglichen Anfrage durch den Behandler bei BFS bezüglich der Abrechnung über BFS, auch vor Aufnahme der Behandlung,
- Einholung einer Bonitätsinformation bei einer Auskunft durch BFS (unter Angabe von Name, Geburtsdatum und Anschrift des Patienten/Zahlungspflichtigen), soweit erforderlich,
- Abtretung der sich aus der Behandlung ergebenden Forderungen an BFS,
- Weiterabtretung der Forderungen durch BFS an die refinanzierende Bank (Landesbank Hessen-Thüringen Girozentrale),
- Übermittlung der für die Abrechnung und Geltendmachung der Forderungen erforderlichen Informationen (u.a. Name, Geburtsdatum, Anschrift, Diagnose, Leistungsziffern, Behandlungsdaten und -verläufe) an BFS und ggf. an die refinanzierende Bank,
- befristeten Nutzung meiner Daten durch BFS zur Prüfung des Entwicklungssystems und Optimierung interner Abläufe bei der Abrechnung; mit anschließender Löschung der Daten.

Ich wurde darüber informiert, dass BFS die Leistungen meines Behandlers mir gegenüber abrechnen und den Rechnungsbetrag bei mir geltend machen wird.