



Anamnesefragebogen für Kinder :

| | | | |
|--------------------|--|--------------------------------------|--|
| Name (Kind): | | Name (Erziehungsberechtigter): | |
| Vorname (Kind): | | Vorname (Erziehungsberechtigter): | |
| Geburtstag (Kind): | | Tel.privat: | |
| Straße: | | Geburtstag (Erziehungsberechtigter): | |
| PLZ/ Ort: | | eMail (Erziehungsberechtigter): | |
| Versicherung: | Privat, bei: _____ gesetzlich, bei: _____ Zusatzversicherung, bei: _____ | | |

Liebe Eltern,

bitte nehmen Sie sich genug Zeit zum Durcharbeiten und Ausfüllen dieses Fragebogens. Gemeinsam mit dem Anamnesegespräch ist er die Grundlage für die Behandlung Ihres Kindes. Bei den Beispielen genügt es zu unterstreichen, Sie können jedoch auch gerne ergänzende Worte zum Krankheitsverlauf oder zur Krankengeschichte aufschreiben. Nicht nur die aktuellen Beschwerden, sondern alle schon früher aufgetretenen Krankheiten und Störungen sind von Bedeutung. Auch wenn etwas für Sie noch so unwichtig erscheint, bitte erwähnen Sie es.

Unter welchen Beschwerden leidet Ihr Kind? Z.B. auch: Wo die Beschwerden sind, seit wann, also auch: zu welcher Zeit, wodurch besser oder schlechter usw. _

Was war unmittelbar vor dem ersten Auftreten der jetzigen Beschwerden?

Z.B. eine Erkrankung, Kummer, Trauer, Schock, Ärger, Sorgen, Unfall, Impfung, Operation, Umzug, Schulwechsel usw. _____

Nimmt Ihr Kind zur Zeit Medikamente oder Nahrungsergänzungsmittel ein? Welche? (Bitte Beipackzettel mitbringen.)

Hat Ihr Kind jemals Antibiotika oder Cortison eingenommen? Wann? Warum?

Welche Krankheiten in Ihrer Familie sind Ihnen bekannt? Auffällige, schwere, immer wiederkehrende und chronische Erkrankungen. Z.B. hoher Blutdruck, Schlaganfall, Herzinfarkt, Gefäßkrankheiten, Übergewicht, Zuckerkrankheit (Diabetes), Gicht, Geisteskrankheiten, Epilepsie, Tuberkulose, Steinkrankheiten, Krebs, Suchtkrankheiten, Geschlechtskrankheiten, Allergien, Neurodermitis, Schuppenflechte usw.

Mutter: _____

Vater: _____

Großeltern mütterlicherseits: _____

Großeltern väterlicherseits: _____

Geschwister, Onkel, Tanten: _____

Schwangerschaft und Geburt: Untersuchungen (Ultraschall, Fruchtwasser usw.), Verlauf der Schwangerschaft (Übelkeit, Erbrechen, vorzeitige Wehen usw.), Medikamente oder Nahrungsergänzungsmittel in der Schwangerschaft und während der Geburt, Erkrankungen, Unfälle, Ängste, Aufregung, Fehl-, Früh-, Totgeburten, Nikotin, Alkohol, Drogen, Blutungen, Entbindung termingerecht, Narkose, PDA, Lage des Kindes, Saugglocke, Zange, Kaiserschnitt usw.

Neugeborenenperiode: Apgar, Sauerstoffmangel, Farbe, Nabelschnur, Blutungen, Brüche, Gelbsucht, Nabelbruch, Leistenbruch, Storchenbiss, auffällige Behaarung, Nabelentzündung, Schiefhals, Stillprobleme, Stilldauer, Medikamente während der Stillzeit (auch die Mutter), Speikind, Blähungen usw.

Welche Impfungen hat Ihr Kind bekommen? _____

Hat es Reaktionen auf die Impfungen gegeben? Fieber, Unruhe, Krämpfe, Schlaflosigkeit, vermehrtes Schlafbedürfnis, Hautveränderungen, Magen- Darm Beschwerden, Schreianfälle, Verhaltensauffälligkeiten usw.

Entwicklung im ersten Lebensjahr: Zahnungsbeschwerden, wann konnte Ihr Kind den Kopf heben, sitzen, krabbeln, laufen, wann hat es durchgeschlafen usw.

Sauberkeitsentwicklung: Tags, nachts usw.

Welche Infektionskrankheiten/ Kinderkrankheiten hat Ihr Kind durchgemacht? In welchem Alter? Hat es Medikamente bekommen?

Sprachentwicklung: Stottert oder lispelt Ihr Kind? Sonstige Auffälligkeiten: _____

Allgemeines:

- Rechts/ Linkshänder
 - Friert Ihr Kind leicht oder ist es ein ausgesprochen warmes/ schwitziges Kind?
 - Wie werden See-, Auto-, Flug- und Bahnreisen vertragen?
 - Haben Sie bei Ihrem Kind einen besonderen Geruch wahrgenommen, mit oder ohne Absonderungen (z.B. sauer, fischig, muffig, übelriechend)? Wann? Wo am Körper?
 - Trägt Ihr Kind enganliegende Kleidung, Kragen, enge Gürtel, Lätzchen?
 - Gibt es eine auffällige Seitenbetonung?
 - Gab es Unfälle, Knochenbrüche, Gehirnerschütterung, Operationen, Krankenhausaufenthalte?
 - Gibt es Reaktionen auf unterschiedliche Witterungen, Jahreszeiten, den Mond? Reagiert Ihr Kind schnell mit Fieber? Wann? Wie hoch? Gabe es einen Fieberkrampf? Kopf: Kopfschmerzen, Migräne, Schwindel, Nasennebenhöhlenentzündungen usw.
-

Augen: Rötung, Juckreiz, Brennen, Lichtempfindlichkeit, Tränenfluss, Bindehautentzündung, Gerstenkorn, Ringe unter den Augen, Brillenträger usw.

Nase: Trockenheit, Niesreiz, Schnupfen, Heuschnupfen, Polypen, Geruchsempfindlichkeit, Nasenbluten usw.

Ohren: Mittelohrentzündung (welche Seite?), Schwerhörigkeit, Paukenröhrchen, Geräuschempfindlichkeit, Ohrenschmalz, werden Ohrringe getragen usw.

Mund: Geschmack, Geruch, Trockenheit, Speichelfluss, Aphten, Herpes, Risse in den Lippen/ Mundwinkeln, Farbe/ Belag der Zunge, Soor usw.

Zähne: Zahnungsbeschwerden, Amalgamfüllungen, tote Zähne, Karies usw.

Hals/ Kehlkopf: Mandelentzündung (welche Seite?), Heiserkeit, Pseudokrapp usw.

Lunge: Husten, Bronchitis, Auswurf, Lungenentzündung, Asthma usw.

Bewegungsapparat: Schmerzen, Steifigkeit, Krämpfe, Brüche, kalte Hände/ Füße, schwitzige Hände/ Füße, Wirbelsäulenveränderungen, Stolperneigung usw.

Magen- Darm-Trakt: Aufstoßen, Sodbrennen, Übelkeit, Erbrechen, Appetitlosigkeit, Blähungen, Koliken, Verstopfung, Durchfall, Würmer, Juckreiz am After, Windeldermatitis usw.

Stuhlgang: Täglich, jeden ___ Tag. Farbe _____. Konsistenz _____. Geruch _____.

Urogenitaltrakt: Schmerzen, Juckreiz, Blasen-/ Nierenentzündung, Urinmenge, Farbe, Geruch usw.

Genitalien: Bei Jungen: Hodenhochstand, Phimose. Bei Mädchen: Ausfluss, erste Menstruationsblutung, Menstruationsbeschwerden usw.

Haut: Trocken, fettig, Rötungen, Brennen, Juckreiz, Akne, Ekzeme, Herpes, Warzen, Allergien, Neurodermitis, Narben, Muttermale, Reaktionen auf Insektenstiche, Neigung zu blauen Flecken, Wundheilung usw.

Haare: Haarwuchs, Haarausfall, Geruch, Milchschorf, Schuppen, Läuse, Schweiß usw.

Nägel: Flecken, Rillen, Nagelbettentzündung, eingewachsene Nägel, Nägelkauen usw.

Schlaf: Schlaflosigkeit, häufiges Erwachen, Schwierigkeiten beim Einschlafen, Sprechen im Schlaf, Alpträume, Zähneknirschen, Nachtschweiß, offener Mund, Bettnässen, Schlaflage, Schlafzeit usw.

Appetit: Keinen, wenig, viel, Heißhunger, Essstörungen usw.

Nahrungsmittelverlangen/ Lieblingsessen:

Nahrungsmittelabneigung:

Durst: Keinen, viel, wenig, freiwillige Trinkmenge pro Tag _____,

Was trinkt Ihr Kind gerne?

Schweiß: Keinen, wenig, viel, wann, wo, an welchen Körperstellen, Geruch usw. ____

Wovor hat Ihr Kind Angst? Dunkelheit, Hunde, Katzen, Spinnen, Schlangen, Insekten, Geister, Räuber, Höhe, Wasser, Gewitter, Prüfungen, Spritzen usw.

Stimmung, Temperament: Ausgeglichen, fröhlich, exaltiert, traurig, depressiv, weinerlich, mutig, zurückhaltend, lebhaft, nervös, einsam, gesellig, offen, schüchtern usw.

Stimmung, Temperament: Ausgeglichen, fröhlich, exaltiert, traurig, depressiv, weinerlich, mutig, zurückhaltend, lebhaft, nervös, einsam, gesellig, offen, schüchtern usw.

Heilpraktiker – Behandlungsvertrag

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:

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, Therapieempfehlungen 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 berechnete 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 Röntgenaufzeichnungen laut Paragraph 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 Aufsichtsbehörde 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
Höfshof 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.

Weitergehende 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.



Dienstleister mit geprüftem Qualitätsmanagement
www.tqm-zertifikat.de
TQM-Zertifikat
17 00004-1004

Einverständniserklärung*

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

Vorname

Nachname

Geburtsdatum

Straße

Nr.

PLZ/Ort

Behandler (Praxisstempel/Klinikstempel)

Naturheilzentrum CaJu Gm
Carsten Jung - Heilpraktiker
Ostendstr. 196 - 90482 Nürnberg
kontakt@heilpraxis-caju.de

Sollte es über die Beratung durch den Jung die 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.