

Anamnesebogen

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße/ Hausnr.: _____

PLZ / Ort: _____

Telefon privat: _____

Telefon mobil: _____

E-Mail: _____

Krankenkasse: gesetzlich | privat | welche: _____

Zusatzversicherung: _____

Größe: _____

Gewicht: _____

Beruf: _____

Kinder: _____

Abweichender Rechnungsempfänger

Name: _____

Vorname: _____

Straße / Hausnr.: _____

PLZ / Ort: _____

E-Mail: _____

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.)

Allergien

Pollen (Jahreszeit):

.....

Lebensmittel:

.....

.....

Sonstige:

.....

.....

.....

Beschwerden

Kopf & Hals:

Kopfschmerzen Stirn, Augen, Schläfen, Hinterhauptregion | halbseitig: [links | rechts] doppelseitig | häufig, selten, anhaltend

Haare Haarausfall – kreisrunder, vereinzelt, seit wann:

Augen Bindehautentzündung, kurzsichtig, weitsichtig, grauer Star

Ohren Tinnitus [links | rechts] Schwerhörigkeit [links | rechts]
seit: seit:

Nase Operationen, Nebenhöhlenentzündungen, behinderte Atmung

Mandeln Operationen, häufige Mandelentzündung [Kindheit | heute]

Schilddrüse Überfunktion, Unterfunktion, Vergrößerung, Operation

Brust & Bauch:

Herz Beschwerden, Stechen, Druckgefühl, Infarkt, Beklemmungen, Rhythmusstörungen

Lunge Bronchitis, häufiges Husten [mit Auswurf | ohne Auswurf], Atemnot

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 Ausfluss, Eierstockentzündungen, Ausschabungen, Tumore, Fehlgeburten, Zysten, Myome, Geschlechtskrankheiten, Endometriose

Verhütungsmittel nein | ja, welches:

Sexualität vermindert, verstärkt unbefriedigt, Beschwerden

Zyklus regelmäßig, unregelmäßig, schmerzhaft, starke Blutung, schwache Blutung, Menopause

Kinderwunsch	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja, seit wann:
Prostata	vergrößert, Beschwerden beim Wasserlassen, Operationen
Harn	viel, wenig, häufig, kann nicht halten, Geruch nach:
Niere & Blase	Nierensteine, häufige Blasenentzündungen, chronische oder akute Nierenerkrankung

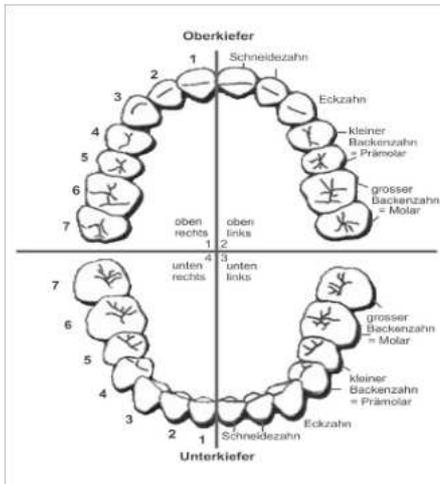
Weiteres:

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:
Schlaf	Schlaflosigkeit, Schwierigkeiten beim Einschlafen, Unruhe in den Beinen, Nachtschweiß, heiße Füße, Zähneknirschen, Schlafapnoe, häufiges Erwachen (Uhrzeit: _____)
Schlafzeit	von: _____ bis: _____
Aktuell	Schwangerschaft, Tumorerkrankungen (auch überstandene), Blutgerinnungs- oder Wundheilstörungen, Einnahme von Gerinnungshemmern, Ohnmachtsneigung, Osteoporose, Frakturen (z.B. Knochen- oder Gelenkbruch), Infektionskrankheiten, chronisch-entzündliche Erkrankungen

Chronologie Ihrer Krankengeschichte:

(Bitte erfassen Sie alle bisherigen Erkrankungen und Operationen)

Zähne & Kiefer



Haben Sie Füllungen? nein | ja: Amalgam Kunststoff Keramik Gold
wurde Amalgam entfernt? ja | nein

Wurde eine Amalgamausleitung durchgeführt? ja | nein

Hatten Sie bereits Wurzelbehandlungen? ja | nein

Falls Sie wissen, welcher Zahn behandelt wurde, bitte im Bild nebenan markieren.

Sonstiges:

Ernährung

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

Abneigung gegen süß, sauer, pikant, salzig, Fleisch, Eier, Fisch, Alkohol

Leben Sie nach bestimmten Ernährungsrichtlinien? Falls ja, welche?

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, Sportarten:

Welche Medikamente nehmen Sie aktuell ein?

Bitte Beipackzettel mitbringen. Auch Nahrungsergänzungsmittel angeben

Woran werden Sie merken, dass die Behandlung bei uns Erfolge zeigt?



Naturheilzentrum CaJu GmbH
Carsten Jung, Ostendstr. 196, 90482 Nürnberg

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, Therapievorschlüsse, Befunde und therapierelevanter Schriftverkehr, die wir oder andere Behandlungspersonen (Ärzte/ Heilpraktiker etc.) 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 so lange 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 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 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.

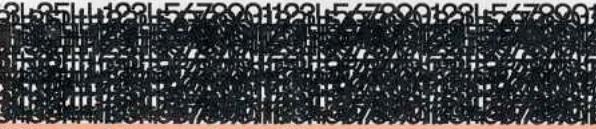
Ihr Praxisteam C. Jung

Ort, Datum

Unterschrift Patient / bzw. Erziehungsberechtigter

Name, Vorname, Anschrift Patient**

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
servicecenter@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>

Überdies erklären wir Ihnen den hier dargestellten Ablauf noch einmal ausführlich unter <https://meinebfs.de/FAQ>

Wir bedanken uns für Ihr Vertrauen.

Einverständniserklärung*

Behandler (Praxisstempel/Klinikstempel)

Gesetzlicher Vertreter bei Minderjährigen/
Geschäftsunfähigen/beschränkt Geschäftsfähigen

Vorname

Nachname

Geburtsdatum

Straße

Nr.

PLZ/Ort

Naturheilzentrum CaJu GmbH
Carsten Jung - Heilpraktiker
Ostendstr. 196 - 90482 Nürnberg
kontakt@heilpraxis-carsten-jung.de

Abtretung der Forderung an BFS:

- Abtretung der sich aus der Behandlung ergebenden Forderungen an BFS, die refinanzierende Bank und die European Receivables Finance SA
- Ich wurde darüber informiert, dass BFS die Leistungen meines Behandlers mir gegenüber abrechnen und den Rechnungsbetrag bei mir geltend machen wird.

Schweigepflichtsentbindung:

Ich entbinde meinen Behandler, seine Vertretung und BFS in dem aufgezeigten Rahmen jeweils von ihrer Schweigepflicht. Sollte es über die Berechtigung der Forderung unterschiedliche Auffassungen geben, kann der Behandler in einer etwaigen Auseinandersetzung als Zeuge gehört werden.

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.

Vorstehende Erklärungen werden freiwillig erteilt und können mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden. Bei Nichtunterzeichnung entstehen keine Nachteile im Hinblick auf die Behandlung.

Datum und Unterschrift Patient bzw. gesetzlicher Vertreter

Ich erkläre mich ausdrücklich einverstanden

- mit der Weitergabe meiner Personenstammdaten (Name, Geburtsdatum und Anschrift) durch den Behandler an BFS auch vor Aufnahme der Behandlung zum Zweck der Einholung einer Bonitätsinformation bei einer Auskunft durch BFS. Die Ergebnisse der Anfrage nutzt BFS für die interne Risikoprozessesteuerung;
- mit der Übermittlung und Verarbeitung der für die Abrechnung und Geltendmachung der Forderungen erforderlichen Informationen (Name, Geburtsdatum, Anschrift, Diagnose, Leistungszeiten, Behandlungsdaten und -verläufe) an die BFS;
- mit der Übermittlung und Verarbeitung der Rechnungsnummer, dem Fälligkeitsdatum sowie der Rechnungshöhe an die Landesbank Hessen-Thüringen Girozentrale, sowie an die European Receivables Finance SA, jeweils zum Zwecke der Sicherung offener Forderungen und zur Refinanzierung des Geschäftsmodells der BFS;
- mit der Übermittlung und Verarbeitung weiterer forderungsbegründender Gesundheitsdaten im Falle der Zahlungsunfähigkeit der BFS und Geltendmachung der Forderung durch die refinanzierende Bank und die European Receivables Finance SA;
- mit der befristeten Nutzung meiner Daten durch BFS zum Auffinden systemischer Fehler und Optimierung interner Abläufe bei der Abrechnung; mit anschließender Löschung der Daten. Eine Speicherung Ihrer Daten außerhalb von BFS findet nicht statt.

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