



Sehr geehrte Damen und Herren,
liebe Interessentinnen und Interessenten,

auf den nachfolgenden Seiten finden Sie wichtige Hinweise für unsere künftige Zusammenarbeit. Ich bitte Sie, die folgenden Seiten in Ruhe gut durchzulesen und vollständig (leserlich) auszufüllen und zu unterschreiben. Sollten Sie Fragen dazu haben, kontaktieren Sie mich gerne.

Der unterschriebene und somit akzeptierte Behandlungsvertrag sowie die Datenschutzerklärung sind für eine künftige Zusammenarbeit notwendig und unerlässlich.

Um Ihnen und uns wertvolle Zeit zu sparen, bitte ich Sie auch den Fragebogen vollständig (leserlich) auszufüllen, damit ich mir vorab schon ein Bild über Sie und Ihre Beschwerden machen und mir somit schneller/leichter einen Überblick verschaffen kann.

Ich biete in meiner Praxis eine Vielzahl an verschiedenen (Diagnose- und) Heilverfahren an. Um unsere spätere Zusammenarbeit in der Praxis nicht mit zeitaufwändigem Papierkram zu unterbrechen bzw. um Ihren Geldbeutel zu schonen, erhalten Sie heute schon von mir eine Vielzahl an Aufklärungsbögen, auch wenn ggf. derzeit nicht alle Heilverfahren bei Ihnen Anwendung finden.

Wie bei allen Heilverfahren, auch in der Schulmedizin, können dort zum Teil auch unerwünschte Nebenwirkungen bzw. Reaktionen auftreten. Ich bin dazu verpflichtet, Sie vorab darüber aufzuklären. Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Aufklärung und sind mit dem jeweiligen Heilverfahren einverstanden. Sollten hier Fragen oder Zweifel auftauchen, kontaktieren Sie mich gerne. Ein Widerruf ist hier jederzeit möglich. Sprechen Sie mich einfach (vorher) darauf an.

Haben Sie alle Bögen durchgelesen, zur Kenntnis genommen, vollständig (leserlich) ausgefüllt und unterschrieben, bitte ich Sie mir diese (vollständig, auch wenn ggf. ein Heilverfahren nicht gewünscht und unterschrieben ist) mind. 24, besser 48 Stunden vor Ihrem Erstgespräch an mich zurück zu schicken.

Vielen Dank für Ihr Verständnis. Ich freue mich auf eine gute Zusammenarbeit mit Ihnen.

Liebe Grüße,
- Ihre Heilpraktikerin -

Naturheilpraxis Nicole Stollberger
- Heilpraktikerin -
Am Alten Berg 3, 97488 Stadtlauringen
Tel.: 09724-6840550
www.naturheilpraxis-stollberger.de

Nicole Stollberger

Behandlungsvertrag

Der Patient:

Herr Frau

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Straße/Nr.: _____

PLZ/Ort: _____

bzw. dessen gesetzlicher Vertreter:

Herr Frau

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Straße/Nr.: _____

PLZ/Ort: _____

Und die:

Naturheilpraxis Nicole Stollberger
- Heilpraktikerin -
Am alten Berg 3
97488 Stadtlauringen

schließen folgende Heilpraktiker-Behandlungsübereinkunft:

1. Anwendungsbereich des Behandlungsvertrages

a) Der Behandlungsvertrag regelt die Geschäftsbeziehungen zwischen Heilpraktiker und Patient als Behandlungsvertrag im Sinne der §§ 611 ff BGB, soweit zwischen den Vertragsparteien abweichendes nicht schriftlich vereinbart wurde.

b) Der Behandlungsvertrag kommt zustande, wenn der Patient das generelle Angebot des Heilpraktikers, die Heilkunde gegen jedermann auszuüben, annimmt und sich an den Heilpraktiker zum Zwecke der Beratung, Diagnose und/oder Therapie wendet.

c) Der Heilpraktiker ist jedoch berechtigt, einen Behandlungsvertrag ohne Angabe von Gründen abzulehnen, insbesondere dann, wenn ein erforderliches Vertrauensverhältnis nicht erwartet werden kann, es um Beschwerden geht, die der Heilpraktiker aufgrund seiner Spezialisierung oder aus gesetzlichen Gründen nicht behandeln kann oder darf oder die ihn in Gewissenskonflikte bringen können. In diesem Fall bleibt der Honoraranspruch des Heilpraktikers für die, bis zur Ablehnung entstandenen Leistungen, einschließlich Beratung, erhalten.

2. Vertragsgegenstand

Der Patient nimmt eine naturheilkundliche Behandlung des Heilpraktikers in Anspruch.

3. Inhalt und Zweck des Behandlungsvertrages

Der Heilpraktiker erbringt seine Dienste gegenüber dem Patienten in der Form, dass er seine Kenntnisse und Fähigkeiten der Ausübung der Heilkunde zur Beratung, Diagnose und/oder Therapie beim Patienten, unter Berücksichtigung von eventuellen Behandlungsverboten und seiner Sorgfaltspflicht, anwendet. Dabei werden in der Regel auch Methoden angewendet, die schulmedizinisch und/oder wissenschaftlich nicht anerkannt und/oder bewiesen sind und deren Wirksamkeit ebenfalls nicht wissenschaftlich und/oder schulmedizinisch bewiesen sind. Diese Methoden sind allgemein auch nicht kausal-funktional erklärbar und insofern nicht zielgerichtet. Insofern kann ein subjektiv erwarteter Erfolg der Methoden weder in Aussicht gestellt, noch garantiert werden. Ein Versprechen auf Heilung und Linderung der Beschwerden kann zu keiner Zeit gegeben werden.

4. Aufklärung/Hinweise

a) Die Behandlung des Heilpraktikers ersetzt eine ärztliche Therapie nicht vollständig. Sofern ärztlicher Rat erforderlich ist, wird der Heilpraktiker unverzüglich eine Weiterleitung an einen Arzt veranlassen. Dies gilt auch dann, wenn dem Heilpraktiker aufgrund eines gesetzlichen Tätigkeitsverbots eine Behandlung nicht möglich ist.

b) Der Heilpraktiker behält sich das Recht vor, Patienten (ggf. auch nur vorübergehend) bzw. deren Behandlung abzulehnen, z. B. wenn das Vertrauensverhältnis gebrochen wurde bzw. nicht gegeben ist oder während einer Schwangerschaft sowie im Wochenbett bzw. 3 Monate nach Geburt und ggf. in der Stillzeit, bei schwerwiegenden Fällen/Erkrankungen etc..

c) Ein Heilpraktiker rät niemals dazu Medikamente/Therapien, die vom Arzt/Krankenhaus etc. verordnet wurden (ggf. auch eigenverantwortlich) abzusetzen bzw. zu verändern.

d) Für die Erteilung einer Auskunft des Heilpraktikers an Dritte ist die schriftliche Einwilligung des Patienten/Klienten erforderlich.

e) Die gesetzlichen Krankenversicherungen übernehmen die Behandlungskosten des Heilpraktikers nicht, da Heilpraktiker nicht am System der gesetzlichen Krankenkassen teilnehmen. Gesetzlich versicherte Patienten haben die Behandlungskosten selbst zu tragen. Über etwaige Ausnahmen informieren Sie sich bitte bei Ihrer Krankenkasse vor Aufnahme der Behandlung.

Mitglieder privater Krankenversicherungen, privat Zusatzversicherte oder Beihilfeberechtigte können einen (Teil-) Erstattungsanspruch der Behandlungskosten gegenüber ihrer Versicherung haben. Hierzu erforderliche Unterlagen (u. a. Rechnungen) händigt der Heilpraktiker den Patienten (ggf. kostenpflichtig) aus, sofern der Patient dies dem Heilpraktiker vor einer Behandlung bzw. vor Rechnungsstellung mitteilt. Eine bereits ausgestellte Rechnung kann und darf nachträglich nicht mehr geändert werden. Der Patient hat das Erstattungsverfahren gegenüber seiner Versicherung eigenverantwortlich durchzuführen. Die Erstattungen sind in der Regel auf die Sätze des Gebührenverzeichnisses (GebüH) beschränkt, was jedoch nicht unbedingt zum Einsatz kommen muss. Das Ergebnis des Erstattungsverfahrens lässt den Honoraranspruch des Heilpraktikers gegenüber dem Klienten unberührt, sodass die Differenz in jedem Fall vom Patienten im vollen Umfang selbst zu tragen ist.

Die Ergebnisse sämtlicher 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.

f) Heilpraktiker verordnen keine verschreibungspflichtigen oder nicht zugelassenen Medikamente.

g) Die behandlungsrelevanten persönlichen Angaben und medizinischen Befunde des Patienten werden in einer Patientenkartei (handschriftlich und/oder digital) erhoben und gespeichert.

h) Der Therapieplan, sämtliche Rezepte/Verordnungen etc., sind urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung und Vervielfältigung/Weitergabe, oder Veröffentlichung, auch Auszugsweise – insbesondere in den sozialen Netzwerken – sind ohne Zustimmung des Verfassers unzulässig.

5. Mitwirkung des Patienten

Zu einer aktiven Mitwirkung ist der Patient nicht verpflichtet. Der Heilpraktiker ist jedoch berechtigt, die Behandlung abzubrechen, wenn das erforderliche Vertrauensverhältnis nicht mehr gegeben erscheint, insbesondere wenn der Patient Beratungsinhalte negiert, erforderliche Auskünfte zur Anamnese und Diagnose unzutreffend oder lückenhaft erteilt oder Therapiemaßnahmen vereitelt. Der behandelnde Heilpraktiker ist unverzüglich über neu aufgetretene Erkrankungen/Zustände (z. B. Schwangerschaft, Infektionserkrankungen etc.) zu informieren.

6. Nebenwirkungen

Es wird darauf hingewiesen, dass es, wie bei jeder Therapieform auch zu teils unerwünschten Nebenwirkungen, Erstverschlechterungen, Begleiterscheinungen oder Heilreaktionen in Form von „überschießenden“ Reaktionen kommen kann. Um dies weitestgehend einzuschränken ist der Heilpraktiker über Allergien/Unverträglichkeiten/Vorerkrankungen zu unterrichten. Sollte es bei dem Patienten zu derartigen Anzeichen von Nebenwirkungen, Erstverschlechterungen, Begleiterscheinungen oder Heilreaktionen in Form von „überschießenden“ Reaktionen kommen, so ist zunächst der behandelnde Heilpraktiker aufzusuchen und zu informieren. Ist dieser nicht erreichbar und/oder die Reaktionen etc. sehr beeinträchtigend, so ist der behandelnde Hausarzt und/oder, je nach Schwere der Symptomatik z. B. bei lebensbedrohlichen Situationen sofort das nächstgelegene Krankenhaus aufzusuchen bzw. den Rettungsdienst zu verständigen und den Heilpraktiker zeitnah zu informieren.

7. Honorierung des Heilpraktikers

a) Der Heilpraktiker hat für seine Dienste Anspruch auf ein Honorar.

b) Die Honorare sind vom Patienten in bar an den Heilpraktiker gegen Quittung zu bezahlen bzw. die ausgestellte Rechnung, welche nur auf seinen Namen ausgestellt wird, jeweils innerhalb von 14 Tagen vollständig zu überweisen oder, sofern angeboten via Karte zu zahlen. Bei Kartenzahlung ist der Heilpraktiker berechtigt, die notwendigen Daten des Patienten (Kontonummer, Betrag, Rechnungsnummer, Name etc.) an den jeweiligen Zwischenvermittler (z. B. SumUp) bzw. der Bank weiterzugeben um den Betrag in voller Höhe vom Patienten-Konto auf das Heilpraktiker-Konto buchen zu lassen.

c) Vermittelt der Heilpraktiker Leistungen Dritter, die er nicht fachlich überwacht (z. B. Laborleistungen), ist der Heilpraktiker berechtigt, die von dem Dritten in Rechnung gestellten Beträge als eigene Honorarbestandteile geltend zu machen und mit dem Patienten in der voraussichtlichen Höhe gemäß Abschnitt b) abzurechnen.

d) Der Rechnungsbetrag ist in jedem Fall vollständig, abschlagsfrei an den (jeweiligen) Rechnungssteller zu zahlen. Dies gilt auch, wenn die Krankenkassen/Beihilfen etc. (sh. Abschnitt 4e) nur einen Teilbetrag (oder nichts) an dem Patienten zurückzahlen. Eine bereits ausgestellte Rechnung kann in keinem Fall nachträglich verändert werden!

e) Das Honorar berechnet sich in erster Linie bei Einzelleistungen nach dem Zeit-/Materialaufwand. Die derzeitigen Gebühren betragen je Stunde pauschal 100,- bzw. je 15 Minuten 25,-€ (Anpassung/Änderungen sind jederzeit möglich - der Patient wird darüber informiert bzw. sind die aktuellen Preise über den Aushang in der Homepage ersichtlich). Nötige Materialien z. B. für Infusionen/Injektionen wie Ampullen etc. sowie andere Kosten wie Labor etc. werden zusätzlich in Rechnung gestellt.

f) Das Honorar für Behandlungspakete kann erheblich von den normalen Preisen abweichen, da eine intensivere und längere Betreuung stattfindet. Diese Honorare sind in jedem Fall vorab zu begleichen. Wurde eine Ratenzahlung vereinbart, so ist die 1. Rate vor dem 1. Termin fällig, die letzte Rate ist noch vor Ende des Behandlungszeitraums zu begleichen. Der Heilpraktiker behält sich vor, bei Ratenzahlung ggf. 10% Gebühr zusätzlich zu veranschlagen.

g) Das Honorar für s. g. Behandlungspakete (z. B. 3-Monats-Paket) kann gesondert ausgewiesen oder mündlich mitgeteilt werden oder ist auf der Homepage ausgewiesen, soweit dies unter 7h nicht aufgeführt ist.

h) derzeit gültige Preisliste:

Leistung	Dauer	Preis in €	Hinweis
-----------------	--------------	-------------------	----------------

Erstgespräch	max. 15 Min.	GRATIS	nur 1x je Patient/Familie als Erstkontakt zum Kennenlernen möglich
Pauschal		25,-	Preis je angefangene 15 Minuten, exkl. Kosten für Ampullen, Labor etc.
Behandlungs-Paket Schilddrüse	3 Monate	Bronze-Version: 2900,- Silber-Version: 4600,- Gold-Version: 6700,-	Exkl. möglicher Laborkosten Exkl. möglicher Laborkosten Exkl. möglicher Laborkosten
Zusatz-Monat	je Monat	Bronze-Version: 500,- Silber-Version: 1000,- Gold-Version: 1900,-	
Behandlungs-Paket Übergewicht	3 Monate	Silber-Version: 3999,- Gold-Version: 7100,-	Exkl. möglicher Laborkosten Exkl. möglicher Laborkosten
Zusatz-Monat	je Monat	Silber-Version: 800,- Gold-Version: 600,- bis 1800,-	
Gewichtsreduktion a la Lipoweg	ca. 15 Min.	44,-	Preis je Termin - Es sind mehrere Termine in Serie nötig
Labor (Blut/Stuhl/Urin/Speichel/ggf. Haare)		Je nach Umfang	Parameter werden gesondert vom jeweiligen Labor in Rechnung gestellt, zusätzlich kommen Kosten für Besprechung und Kosten für Auswertung Labor (sh. Therapieplan und Pauschal) hinzu
Erstellung Therapieplan etc.		25-300,-	Je nach Umfang bzw. Zeit der Auswertung Labor, Befunde etc.
Telefonsprechstunde	je 5 Min.	8,30	Preis je angefangene 5 Min.
Aufschlag bei Terminen außerhalb der regulären Sprechstunde		ab 25,-	
Ausfall-Honorar		100,-	wenn der jeweilig vereinbarte Termin nicht spätestens 24 Std. vorher abgesagt bzw. nicht in Anspruch genommen wurde

Alle Preise verstehen sich ohne ggf. noch anfallende Kosten für Medikamente/Nahrungsergänzung/Rezeptgebühren etc. Eventuelle weitere Kosten, welche im Laufe der Zeit entstehen können werden bei Bedarf durch eine Zusatzvereinbarung geregelt.

8. Honorarerstattung durch Dritte und Datenschutz

a) Soweit der Patient Anspruch auf Erstattung oder Teilerstattung des Honorars durch Dritte hat oder zu haben glaubt, werden die anderen Ziffern hiervon nicht berührt.

b) Absatz a) ist nicht anzuwenden, wenn der Heilpraktiker aufgrund gesetzlicher Vorschriften zur Weitergabe der Daten verpflichtet ist (z. B. Meldepflicht bei bestimmten Diagnosen) oder auf behördliche oder gerichtliche Anordnung auskunftspflichtig ist. Dies gilt auch bei Auskünften an Personensorgeberechtigte, nicht aber für Auskünfte an Ehegatten, Verwandte oder Familienangehörige und andere Dritte. Absatz a) ist ferner nicht anzuwenden, wenn in Zusammenhang mit der Beratung, Diagnose oder Therapie persönliche Angriffe gehen ihn oder seine Berufsausübung stattfinden und er sich mit der Verwendung zutreffender Daten oder Tatsachen entlasten kann.

c) Der Heilpraktiker führt Aufzeichnungen über seine Leistungen (handschriftlich und/oder digital). Absatz b) sowie die DS-GVO bleibt unberührt.

d) Sofern der Patient eine Behandlungs- oder Krankenakte verlangt, erstellt diese der Heilpraktiker kosten- und honorarpflichtig aus der Handakte. Soweit sich in der Handakte Originale befinden, werden diese in der Behandlungsakte in Kopie beigelegt. Die Kopien erhalten einen Vermerk (Stempelaufdruck oder Aufkleber etc.).

e) Handakten werden vom Heilpraktiker mind. 10 Jahre nach der letzten Behandlung oder 10 Jahre nach dem Tod des Patienten vernichtet. Die Vernichtung unterbleibt, wenn Anhaltspunkte dafür bestehen, dass die Akte für Beweiszwecke infrage kommen könnten.

9. Rechnung

Der Patient erhält je Termin oder spätestens zum Quartalsende, wenn im entsprechenden Zeitraum eine Inanspruchnahme des Heilpraktikers stattfand, eine Rechnung, mit Ausnahme bei einer Behandlungspaketbuchung (sh. 7.). Hier erhält der Patient die Rechnung vorab (bzw. bei Ratenzahlung monatlich). Die Ausstellung erfolgt gebührenfrei. Jede Rechnung enthält Namen und Anschrift sowie Geburtsdatum und ggf. Diagnosen des Patienten sowie die Anschrift und den Namen des Heilpraktikers. Sie spezifiziert bei Einzelleistungen den Behandlungszeitraum und die bezahlten/zu bezahlenden Honorare, Dritt- und Nebenleistungen. Außerdem enthält diese Rechnung ggf. die jeweils erbrachten Einzelleistungen mit der entsprechenden GebÜH-Ziffer und ggf. Steigerungssatz sofern dies vorab explizit so vereinbart wurde und kein Behandlungspaket gebucht wurde. Ansonsten kommt die GebÜH nicht zur Anwendung. Der Patient wird hiermit belehrt, dass diese Rechnungsform bereits den Bruch der Vertraulichkeit und Verschwiegenheitspflicht bedeutet und dem schriftlichen Auftrag des Patienten grundsätzlich widerspricht.

10. Ausfallhonorar und Termine

a) Versäumt der Patient einen fest vereinbarten Termin (auch online oder mündlich vereinbart, auch bei Paketbuchungen) bzw. ist bei Hausbesuchen nicht anzutreffen, schuldet er dem Heilpraktiker ein Ausfallhonorar in Höhe des vollen Stundensatzes (100,- €, ggf. inkl. Anfahrtsgebühren). Dies gilt nicht, wenn der Patient **mindestens 24 Stunden vor** dem vereinbarten Termin absagt oder ohne sein Verschulden am Erscheinen verhindert ist. Der Nachweis, dass kein Schaden oder nur ein wesentlich niedrigerer entstanden ist, bleibt hiervon unberührt. Ebenso der Nachweis eines höheren Schadens durch den Heilpraktiker.

b) Die weiteren Intervalle für Behandlungen bzw. Therapien und Untersuchungen werden nach Zustand und Art der Erkrankung vom Heilpraktiker vorgeschlagen. Der Patient kann diese auf Wunsch jederzeit abbrechen unter Berücksichtigung des Abschnittes a).

c) Der behandelnde Heilpraktiker behält sich das Recht vor, in dringenden Fällen (z. B. Krankheit etc.) auch sehr kurzfristig Termine abzusagen. Der Patient hat in diesem Fall keinen Anspruch auf ein Ausfallhonorar o. ä., erhält jedoch, soweit möglich einen Ersatztermin zu einem anderen Zeitpunkt.

d) Kommt der Patient zum vereinbarten Termin zu spät, wird, je nach Verspätungszeit kostenfrei ein neuer Termin vereinbart oder nur die restliche, für den Patienten veranschlagte Zeit für ihn in Anspruch genommen. Gleichzeitig behält sich der Heilpraktiker das Recht vor, die volle (Ausfall-)Zeit zu honorieren.

e) Bei Buchung eines Behandlungspaketes ist eine Auszahlung nicht wahrgenommener Termine auf Rückfrage nur anteilig möglich (abzüglich evtl. schon erbrachter (Fremd-)Leistungen. Einzelne nicht wahrgenommene Termine können auf Wunsch angehängt werden.

11. Meinungsverschiedenheiten

Meinungsverschiedenheiten sollten gütlich beigelegt werden. Hierzu empfiehlt es sich, Gegenvorstellungen, abweichende Meinungen oder Beschwerden zunächst mündlich und gegebenenfalls schriftlich der jeweils anderen Vertragspartei kostenfrei vorzulegen.

12. Datenschutz

Die folgende Einverständniserklärung zur Erhebung/Verarbeitung/Übermittlung der Patientendaten sowie die DS-GVO-Erklärung sind Bestandteil dieser Vereinbarung. Außerdem gilt das geltende Recht (u. a. der DS-GVO). Bei Kartenzahlung werden Ihre Daten an folgenden Anbieter übermittelt: SumUp Payments Limited, 32 – 34 Great Marlborough St, W1F 7JB, London, Vereinigtes Königreich

13. Salvatorische Klausel

Sollten einzelne Bestimmungen des Behandlungsvertrages und der DS-GVO ungültig oder nichtig sein oder werden, wird damit die Wirksamkeit des Behandlungsvertrages und der DS-GVO insgesamt nicht tangiert. Die ungültige oder nichtige Bestimmung ist vielmehr in freier Auslegung durch eine Bestimmung zu ersetzen, die dem Vertragszweck und dem Parteiwillen am nächsten kommt.

Mit nachstehender Unterschrift bestätige ich, dass ich umfassend über die naturheilkundliche Diagnostik und die Therapieverfahren, sowie deren Abrechnung u. Datenschutz aufgeklärt worden bin, alles verstanden habe sowie keine weiteren Fragen oder Einwände habe und somit mit dem Behandlungsvertrag, nach ausreichender Bedenkzeit einverstanden bin.

Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass ich die Leistungen etc. selbst bezahlen muss.

Ort, Datum

Unterschrift Patient bzw. gesetzlicher Vertreter (bei Minderjährigen beide Elternteile/gesetzl. Vertreter)

Behandlungsvertrag
Seite 4 von 4

Naturheilpraxis Nicole Stollberger
- Heilpraktikerin -
Am Alten Berg 3 97488 Stadtlauringen
Tel.: 09724-6840550
www.naturheilpraxis-stollberger.de



Aufklärung Datenschutz

Patient: _____ geb.: _____

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
nach der Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO) bin ich mit Wirkung zum 25.05.2018 verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck ich Ihre personenbezogenen Daten erheben, speichern und ggf. an Dritte weiterleiten und welche Rechte Ihnen bezüglich Ihrer Daten zustehen.

Im Einzelnen führen wir insofern wie folgt aus:

1. Der Verantwortliche für die Verarbeitung der Patientendaten ist die Praxisinhaberin: Nicole Stollberger, Am Alten Berg 3, 97488 Stadtlauringen, Telefon: 09724-6850440. Ein ständiger Vertreter und/oder Datenschutzbeauftragter ist in der Praxis nicht vorhanden.
2. Ihre personenbezogenen Daten werden zum Zwecke der heilkundlichen Versorgung sowie zur Abrechnung und Bezahlung der Leistungen erhoben und im automatisierten Praxisverwaltungssystem und in den händischen Patientenakten gespeichert. Bei den Daten handelt es sich neben Ihren Kontaktdaten insbesondere um Gesundheitsdaten wie Frage- und Aufklärungsbögen, Anamnese, Untersuchung, Medikation, Diagnosen, Therapieverschlüsse, Befunde usw. Auch andere Heilpraktiker/Ärzte/Labore etc., bei denen Sie sich in Behandlung befinden, können mir zu diesem Zweck Daten zur Verfügung stellen.
Die Erhebung und Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten ist auf der Grundlage des Behandlungsvertrages zwischen Ihnen und dem Praxisinhaber ist freiwillig, jedoch eine notwendige Voraussetzung für eine adäquate und sorgfältige Behandlung.
3. Die Übermittlung der Daten an Dritte erfolgt nur, soweit es rechtlich zulässig ist oder Sie hierzu ausdrücklich eingewilligt haben. Dritte in diesem Sinne können andere Leistungserbringer (Heilpraktiker/Ärzte/Physiotherapeuten/Labore usw.), Krankenversicherungen oder auch eine Verrechnungsstelle sowie die Bank bzw. SumUp (bei Zahlung via Karte bzw. Überweisung) etc. sein.
4. Ihre personenbezogenen Daten werden in der Praxis bzw. im Abrechnungsprogramm noch mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufbewahrt (§ 630 f BGB). Unter Umständen können sich nach anderen gesetzlichen Bestimmungen auch längere Aufbewahrungsfristen ergeben (bspw. Müssen Aufzeichnungen über Röntgenbehandlungen gem. 3 28 Abs. 3 RöV noch mindestens 30 Jahre nach der Behandlung aufbewahrt werden.)
5. Rechtsgrundlage der Datenverarbeitung sind
Der Behandlungsvertrag bzw. die AGB's zwischen Praxisinhaber und Patient,
Art. 6 Abs. 1 b) Art. 9 Abs. 2 f), h) i.V. m. Abs. 3 DS-GVO,
3 22 Abs. 1 Nr. 1 b) BDSG und
die in diesem Zusammenhang von Ihnen angegebenen Einwilligungserklärungen, Behandlungsverträge, Fragebögen etc..
6. Ihnen stehen bezüglich Ihrer Daten verschiedene Rechte zu:
So können sie Auskunft über die erhobenen Daten und die Berichtigung unrichtiger Daten verlangen. Unter bestimmten Voraussetzungen steht Ihnen auch das Recht auf Löschung der gespeicherten Daten zu. Auf die Einschränkung der Verarbeitung/Sperrung der Daten haben Sie, soweit die Voraussetzungen gegeben sind, ebenfalls Anspruch.
Soweit die Voraussetzungen dafür erfüllt sind, steht Ihnen des Weiteren das Recht auf Datenübertragbarkeit zu (sog. Recht auf Datenportabilität).
Eine erteilte Einwilligung in die Datenverarbeitung können Sie jederzeit widerrufen. Näheres zu diesem Widerrufsrecht lässt sich dem jeweiligen Einwilligungs-Formular entnehmen.
Und schließlich steht Ihnen das Recht auf Beschwerde bei der zuständigen Aufsichtsbehörde zu, soweit Sie der Auffassung sind, dass die Verarbeitung der erhobenen Daten gegen die DS-GVO verstößt.
7. Folgende Personen dürfen Auskunft über meine Behandlung erhalten:

1. _____
Name, Anschrift, Tel.

2. _____
Name, Anschrift, Tel.

3. _____
Name, Anschrift, Tel.

Bei Fragen zu den einzelnen Punkten stehe ich Ihnen selbstverständlich jederzeit gerne zur Verfügung.

Ort, Datum

Unterschrift Patient bzw. dessen Vertreter

Naturheilpraxis Nicole Stollberger
- Heilpraktikerin -
Am Alten Berg 3, 97488 Stadtlauringen
Tel.: 09724-6840550
www.naturheilpraxis-stollberger.de

Aufklärung Datenschutz
Seite 1 von 1



Patienten-Fragebogen

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen wahrheitsgemäß, vollständig und gut leserlich aus (ggf. neues Blatt/Rückseite verwenden) und senden ihn mit den anderen Unterlagen VOR Ihren ersten Termin zurück! Messen Sie auch in jedem Fall, wie unten angegeben Ihre Temperatur, auch wenn es augenscheinlich nicht zu Ihren Beschwerdebild auf den 1. Blick zu passen scheint (je nach Zeitspanne bis zum Termin ggf. auch Werte nachreichen). Selbstverständlich unterliegen alle Angaben der beruflichen Schweigepflicht.

Datum: _____

Anrede Patient: Herr Frau Dr. Prof.

Nachname Vorname Geburtsdatum

Straße Hausnummer

PLZ Ort

Telefon/Handy Fax Mail

Versichert bei

Gesetzlich privat Zusatzversicherung

Alter: _____ Jahre

Größe: _____ cm Kleiner geworden: Ja Nein _____ cm

Gewicht: _____ kg Abgenommen: Ja Zugenommen: Ja

Name Hausarzt Straße Hausnummer

PLZ Ort Telefon

Auf mich aufmerksam geworden durch: _____

Messen Sie bitte an 3 aufeinanderfolgenden Tagen jeweils 5-mal am Tag Ihre **Körpertemperatur unter der Zunge** (Mund geschlossen halten) **jeweils VOR dem Essen**. Achten Sie darauf, dass Ihr Kopf dabei nicht ausgekühlt ist und Sie nichts sehr Kaltes oder warmes/heies getrunken haben!

Temp., °C	Datum	Nach Aufstehen	Gegen 11 Uhr	Gegen 16 Uhr	Gegen 20 Uhr	Vor Einschlafen
1.Tag						
2.Tag						
3.Tag						

Bitte kreuzen Sie Ihre **derzeitigen** (ggf. zusätzlichen) **Beschwerden** an:

<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Kann nicht lange durchhalten <input type="checkbox"/> Weniger Energie als andere <input type="checkbox"/> Tiefe Erschöpfung <input type="checkbox"/> Lange Erholungszeiten <input type="checkbox"/> Wassereinlagerungen <input type="checkbox"/> Erhöhte Blutzuckerwerte <input type="checkbox"/> Kältegefühl Hände/Fe <input type="checkbox"/> Hohe Cholesterinwerte <input type="checkbox"/> Reizdarm <input type="checkbox"/> Verstopfung <input type="checkbox"/> Trockene Haut u. Haare <input type="checkbox"/> Schmerzen in der Harnblase <input type="checkbox"/> Rillen, brüchige Fingernägel <input type="checkbox"/> Haare werden grau oder wei <input type="checkbox"/> Einschlafneigung tagsüber <input type="checkbox"/> Konzentrationsstörungen <input type="checkbox"/> Vergesslichkeit <input type="checkbox"/> Wie „Watte im Kopf“ <input type="checkbox"/> Gewichtszunahme <input type="checkbox"/> Knochen- oder Muskelschmerzen <input type="checkbox"/> Ohrenjucken <input type="checkbox"/> Karpaltunnelsyndrom/nachts einschlafende Hände <input type="checkbox"/> Druck in der Kehle <input type="checkbox"/> Klogefhl <input type="checkbox"/> Hervortretende Augen seit 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Augenbrauen werden dünner <input type="checkbox"/> Haarausfall seitliche Augenbrauen <input type="checkbox"/> ngste bis Panik <input type="checkbox"/> Herzklopfen <input type="checkbox"/> Zittern <input type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/> berempfindlich, schreckhaft <input type="checkbox"/> Wutausbrche <input type="checkbox"/> Ungeduld <input type="checkbox"/> Grippesymptome ohne Grippe <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen <input type="checkbox"/> Krperschmerzen <input type="checkbox"/> Empfindliche Haut <input type="checkbox"/> Innere Unruhe <input type="checkbox"/> Heihungerattacken <input type="checkbox"/> Reisekrankheit <input type="checkbox"/> Schlfrig auf Kaffee <input type="checkbox"/> Hufiges Harnlassen <input type="checkbox"/> Durchschlafstrungen <input type="checkbox"/> Allergien verschlechtern sich <input type="checkbox"/> Infektneigung <input type="checkbox"/> Alles besser nach 18 Uhr <input type="checkbox"/> Gewichtsabnahme <input type="checkbox"/> Lichtempfindlich <input type="checkbox"/> Unterzuckergefhl 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Libido vermindert <input type="checkbox"/> Schmerzen in der Harnblase <input type="checkbox"/> Prmenstruelles Syndrom <input type="checkbox"/> Starke Monatsblutung <input type="checkbox"/> Schwellungen <input type="checkbox"/> Bluthochdruck <input type="checkbox"/> Hitzewallungen <input type="checkbox"/> Haare an Achseln, Arme/Beine und/oder im Intimbereich gehen aus/werden dünner <input type="checkbox"/> Erschöpfung <input type="checkbox"/> Depressive Verstimmung <input type="checkbox"/> Konzentrationsstörungen <input type="checkbox"/> Schlafstörungen <input type="checkbox"/> Schwindel <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen <input type="checkbox"/> Verspannung im Nacken <input type="checkbox"/> Brchige Nägel <input type="checkbox"/> Unruhige Beine <input type="checkbox"/> Haarausfall Kopf <input type="checkbox"/> Häufige Virusinfekte oder Pilzbefall/Candida <input type="checkbox"/> Entzündete/offene/wunde Mundwinkel <input type="checkbox"/> Brennen der Zunge <input type="checkbox"/> Müdigkeit <input type="checkbox"/> Essen von Unverdaulichen
--	---	---



<input type="checkbox"/> einiger Zeit <input type="checkbox"/> Fibromyalgie		wie Sand/Papier/Steine etc.
<input type="checkbox"/> Vermehrtes Bauchfett <input type="checkbox"/> Denkstörungen <input type="checkbox"/> Herzklopfen oder Herzrhythmusstörungen	<input type="checkbox"/> Verdauungsstörungen <input type="checkbox"/> Hitze ist schwer zu ertragen <input type="checkbox"/> ADHS/ADS <input type="checkbox"/> Sensibel gegenüber Strahlung	<input type="checkbox"/> Unfruchtbarkeit <input type="checkbox"/> Gefühlsstarre <input type="checkbox"/> Vergesslichkeit <input type="checkbox"/> Insulinresistenz/Diabetes <input type="checkbox"/> Myome

Ihr Beruf: _____

Früher ausgeübte Berufe/Tätigkeiten: _____

Schichtdienst

Besondere berufliche Belastungen: _____

Umgang mit Giftstoffen (früher/heute): _____

Treiben Sie Sport? Ja Nein Wie oft? _____ Welchen? _____

Haben Sie Haustiere o. ä.? Ja Nein Welcher Art? _____

Sie sind: Ledig verheiratet geschieden getrennt lebend
 Lebenspartner in einer Beziehung

Kinder: Ja Nein Eigene? Ja

Sie sind: schwanger stillen fraglich schwanger im Wochenbett

Was/Wie nehmen Sie aktuell an Medikamente bzw. Nahrungsergänzungsmittel etc. ein?

1. _____

Medikament _____ Dosis _____

Warum _____ verordnet von _____

2. _____

Medikament _____ Dosis _____

Warum _____ verordnet von _____

3. _____

Medikament _____ Dosis _____

Warum _____ verordnet von _____

4. _____

Medikament _____ Dosis _____

Warum _____ verordnet von _____

5. _____

Medikament _____ Dosis _____



Warum _____ verordnet von _____

6. _____

Medikament _____ Dosis _____

Warum _____ verordnet von _____

7. _____

Medikament _____ Dosis _____

Warum _____ verordnet von _____

8. _____

Medikament _____ Dosis _____

Warum _____ verordnet von _____

9. _____

Medikament _____ Dosis _____

Warum _____ verordnet von _____

10. _____

Medikament _____ Dosis _____

Warum _____ verordnet von _____

Nehmen Sie Marcumar oder andere „Blutverdünner“ ein? Ja Nein

Welche? _____ Quick/INR-Wert aktuell: _____

Nehmen Sie zurzeit Antibiotika/Penicillin ein? Ja Nein

Was? _____ seit wann? _____ Dosis? _____

Warum? _____ wie lange noch? _____

Raucher - seit _____ Jahre Konsum: _____ Zigaretten pro Tag

Nichtraucher - seit _____ Jahre

Drogen regelmäßig Alkohol _____ Liter täglich

Allergien (aktuell und frühere)? Welche? _____

Unverträglichkeiten (aktuell und frühere)? Welche? _____

Krankenhausaufenthalte? Wann? Weshalb? _____

Operationen? Welche? Wann? _____:

Kuren/Reha? Weshalb? _____

Haben oder hatten Sie schlecht- oder nicht-heilende Wunden? Ja Nein

Welche Erkrankungen/Zustände **traten in der Familie**, bei Eltern, Großeltern, Geschwistern, Kindern auf?

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Tuberkulose | <input type="checkbox"/> Gallensteine | <input type="checkbox"/> Thrombose/Embolie |
| <input type="checkbox"/> Diabetes / Zucker | <input type="checkbox"/> Nieren-/Blasensteine | <input type="checkbox"/> Lebererkrankung |
| <input type="checkbox"/> Autoimmunerkrankung | <input type="checkbox"/> Magenerkrankung | <input type="checkbox"/> Durchblutungsstörung |
| <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung | <input type="checkbox"/> Darmerkrankung | <input type="checkbox"/> Thrombose/Embolie |
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Depression | <input type="checkbox"/> Lebererkrankung |
| <input type="checkbox"/> Herzerkrankungen | <input type="checkbox"/> Krampfadern | <input type="checkbox"/> Geschlechtserkrankung |
| <input type="checkbox"/> Arteriosklerose/Verkalkung | <input type="checkbox"/> Psychische Erkrankung | <input type="checkbox"/> Bluterkrankheit |
| <input type="checkbox"/> Gicht | <input type="checkbox"/> Tumore/Krebs | <input type="checkbox"/> Zeckenbisse/ungewönl. |
| <input type="checkbox"/> Rheuma | <input type="checkbox"/> Selbstmord (-versuche) | Insektenstiche |
| <input type="checkbox"/> Nervenerkrankung | <input type="checkbox"/> Prothesen | <input type="checkbox"/> Kinderkrankheiten |
| <input type="checkbox"/> Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> Behinderungen | (Scharlach, Windpocken, |
| <input type="checkbox"/> Ängste/Kummer | <input type="checkbox"/> Epilepsie | Mumps, Röteln, Masern, etc.) |
| <input type="checkbox"/> Ödeme/Wassereinlagerung | <input type="checkbox"/> Heuschnupfen | <input type="checkbox"/> Infektionserkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Nierenerkrankungen | <input type="checkbox"/> Neurodermitis | (HIV/Aids, Hepatitis, |
| <input type="checkbox"/> Knochen/Gelenkerkrankung | <input type="checkbox"/> Asthma | Gürtelrose etc.) |
| <input type="checkbox"/> Lungenerkrankung | <input type="checkbox"/> Schlaganfall | <input type="checkbox"/> Sonstige Erkrankung |
| <input type="checkbox"/> Hauterkrankungen | <input type="checkbox"/> Durchblutungsstörung | _____ |

Leiden Sie derzeit oder litten Sie in der Vergangenheit an eine/mehrere der folgenden Erkrankungen/Zustände?

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Tuberkulose | <input type="checkbox"/> Hauterkrankungen | <input type="checkbox"/> Schlaganfall |
| <input type="checkbox"/> Diabetes / Zucker | <input type="checkbox"/> Gallensteine | <input type="checkbox"/> Durchblutungsstörung |
| <input type="checkbox"/> Autoimmunerkrankung | <input type="checkbox"/> Nieren-/Blasensteine | <input type="checkbox"/> Thrombose/Embolie |
| <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung | <input type="checkbox"/> Magenerkrankung | <input type="checkbox"/> Lebererkrankung |
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Darmerkrankung | <input type="checkbox"/> Geschlechtserkrankung |
| <input type="checkbox"/> Herzerkrankungen | <input type="checkbox"/> Depression | <input type="checkbox"/> Bluterkrankheit |
| <input type="checkbox"/> Arteriosklerose/Verkalkung | <input type="checkbox"/> Krampfadern | <input type="checkbox"/> Zeckenbisse/ungewönl. |
| <input type="checkbox"/> Gicht | <input type="checkbox"/> Psychische Erkrankung | Insektenstiche |
| <input type="checkbox"/> Rheuma | <input type="checkbox"/> Tumore/Krebs | <input type="checkbox"/> Kinderkrankheiten |
| <input type="checkbox"/> Nervenerkrankung | <input type="checkbox"/> Selbstmord (-versuche) | (Scharlach, Windpocken, |
| <input type="checkbox"/> Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> Prothesen | Mumps, Röteln, Masern, etc.) |
| <input type="checkbox"/> Ängste/Kummer | <input type="checkbox"/> Behinderungen | <input type="checkbox"/> Infektionserkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Ödeme/Wassereinlagerung | <input type="checkbox"/> Epilepsie | (HIV/Aids, Hepatitis, |
| <input type="checkbox"/> Nierenerkrankungen | <input type="checkbox"/> Heuschnupfen | Gürtelrose etc.) |
| <input type="checkbox"/> Knochen/Gelenkerkrankung | <input type="checkbox"/> Neurodermitis | <input type="checkbox"/> Sonstige Erkrankung |
| <input type="checkbox"/> Lungenerkrankung | <input type="checkbox"/> Asthma | _____ |



Wann waren Sie zuletzt im Ausland? _____

Waren Sie vorher auch schon mal weiter weg? Ja Nein _____

Bisher gestellte Diagnosen: _____

Bisher erfolgte Behandlungen und Erfolge: _____

Gibt es irgendetwas, was nach Möglichkeit so bleiben sollte wie bei der letzten Behandlung (soweit erfolgt)? _____

Besteht derzeit Erkrankung/Verdacht auf Corona/Covid-19? Ja Nein

Befinden Sie sich derzeit in Quarantäne? Ja Nein

Bitte legen Sie diesem Bogen noch **Vorbefunde** (ca. 1 Jahr zurück bzw. relevante Berichte) von anderen Ärzten/Krankenhaus/Heilpraktiker etc. (soweit vorhanden) sowie **aktuelle Laborbefunde** (soweit vorhanden) bei!

Versuchen Sie bitte folgende **Laborbefunde (vom Hausarzt etc.) früh morgens nüchtern** (ohne Tabletteneinnahme) **neu bestimmen** zu lassen und mitzubringen, ansonsten kann dies auch vor Ort abgenommen werden (soweit es sich um Probleme der Schilddrüse oder Gewichtsreduktion handelt):

fT3, fT4, TSH, TPO-AK, Ferritin, Cortisol i. S., 25-OH-Vitamin D3, Vitamin B12, Vitamin B6 (P5P), G6PD, 2,4-Dimethyl-3-Ethyl-Pyrrol i. U.

Dazu ggf. auch noch TAK, TRAK, Zink, Selen, Jod i. U., Aldosteron, Progesteron, 17-Beta-Östradiol, FSH, Testosteron, Vitamin B6, Folsäure, Reverse-T3, 1,25 Vitamin D

Ich bestätige die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben.

Unterschrift Patient bzw. dessen gesetzl. Vertreter