



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 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 einige 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 Dr. Prof.

Vorname: _____

Nachname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße/Nr.: _____

PLZ/Ort: _____

bzw. dessen gesetzliche Vertreter (bei Minderjährigen
beide Erziehungsberechtigte)

	Vertreter 1	Vertreter 2
Anrede:		
Vorname:		
Nachname:		
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/Linderung der Beschwerden kann zu keiner Zeit gegeben werden.

4. Aufklärung/Hinweise

- a) Die Behandlung des Heilpraktikers ersetzt eine ärztliche Therapie nicht unbedingt bzw. nicht unbedingt 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 auch während einer Schwangerschaft sowie im Wochenbett bzw. 3 Monate nach Geburt und ggf. in der Stillzeit (mit wenigen Ausnahmen) sowie auch 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 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 Patienten 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 fristgerecht zu begleichen.

f) Heilpraktiker verordnen keine verschreibungspflichtigen oder nicht zugelassenen Medikamente/Nahrungsergänzungsmittel etc..

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.

i) Auf Wunsch des Patienten ist eine reine Fernsitzung via Video (Zoom) und/oder Telefon, auch als Erstsitzung möglich, jedoch NUR wenn es sich ausschließlich um eine reine energetische Sitzung via Emotionscode/Bodycode handelt. Eine Fernbehandlung/-sitzung kann eine ggf. nötig Behandlung/Untersuchung etc. durch einen Heilpraktiker/Arzt vor Ort niemals ersetzen. Der Heilpraktiker übernimmt somit hier auch keinerlei Haftung etc..

j) Tiere haben zur Praxis keinen Zutritt, können aber auf Wunsch des Besitzers energetisch heilbehandelt werden via Emotions-/Bodycode. Bei einer Sitzung im Emotionscode/Bodycode wird hier auf eine Fernsitzung via Video (Zoom) oder via Telefon zurückgegriffen (siehe hierzu auch Nr. 4i). Eine Sitzung via Emotionscode/Bodycode bei Tieren ersetzt jedoch niemals den Besuch eines Tierarztes/Tierheilpraktikers vor Ort oder einer Verhaltenstherapie etc.. Somit übernimmt der Heilpraktiker hierfür auch keinerlei Haftung etc.

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, Nebenwirkungen, Begleiterscheinungen 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,-€ zuzügl. „Material“ (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
Kennenlerngespräch telefonisch	max. 15 Min.	GRATIS	nur 1x je Patient/Familie als Erstkontakt zum Kennenlernen möglich
Behandlung/Sitzung - pauschal		25,-	Preis je angefangene 15 Minuten, exkl. Kosten für Ampullen, Labor, Material etc. (Ersttermine dauern i. d. R. mind. 45, max. 90 Min., Folgetermine dauern meist mind. 30 Min.)
Behandlungs-Pakete	3 Monate Begleitung	Ab 2000,- je nach Umfang	Auf Anfrage
Gewichtsreduktion a la Lipoweg	ca. 15 Min.	44,-	Preis je Spritztermin - Es sind mehrere Termine in Serie nötig
Labor (Blut/Stuhl/urin/Speichel/ggf. Haare)		Je nach Umfang	Die jeweiligen Labor-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.		Ab 25,-	Je nach Umfang bzw. Zeit der Auswertung Labor, Befunde etc.
Telefonsprechstunde – keine Behandlung/Sitzung	je 5 Min.	8,30	Preis je angefangene 5 Min.
Aufschlag bei Terminen außerhalb der regulären Sprechstunde		ab 25,-	
Ausfall-Honorar			wenn der jeweilig vereinbarte Termin nicht spätestens 24 Std. vorher abgesagt bzw. nicht in Anspruch genommen wurde
Probanden		0,-	Über eine faire Google Bewertung ggf. auch einem „Energieausgleich“ würde ich mich freuen.

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. Die Preise gelten sowohl für Live-Termine vor Ort in der Praxis, als auch für Telefontermine bzw. Online-Sprechstundentermine via Video.

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 gegen 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 beigefügt. 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 Beweis Zwecke 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 Behandlungspakets 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. Bei Videosprechstunde werden Daten an Zoom (<http://zoom.us> bzw. <http://support.zoom.us>) übermittelt.

13. Salvatorische Klausel

Sollten einzelne Bestimmungen des Behandlungsvertrages und/oder 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 etc. aufgeklärt worden bin, alles o. g. verstanden habe sowie keine weiteren Fragen oder Einwände habe und somit mit dem Behandlungsvertrag, nach ausreichender Bedenkzeit einverstanden bin.

Ort, Datum

Unterschrift Patient bzw. gesetzliche Vertreter (bei Minderjährigen Unterschrift beider Elternteile/gesetzl. Vertreter)

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

1. Der Verantwortliche für die Verarbeitung der Patientendaten ist die Praxisinhaberin: Nicole Stollberger, Am alten Berg 3, 97488 Stadtlauringen, Telefon: 09724-6840550. 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 (Lemniscus) 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, Therapievorschlüsse, 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 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) und Zoom (bei Videosprechstunde) 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.

Ich wurde über o. g. aufgeklärt und habe nach ausreichender Bedenkzeit zunächst keine weiteren Fragen oder Einwände dagegen.

Ort, Datum

Unterschrift Patient bzw. dessen Vertreter (bei Minderjährigen beide Erziehungsberechtigte)

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

Patienten-Fragebogen „allgemein“

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen wahrheitsgemäß, vollständig und gut leserlich aus (ggf. neues Blatt/Rückseite verwenden) und senden ihn unterschrieben mit den anderen Unterlagen **VOR Ihrem ersten Termin** zurück! 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 _____

Alter: _____ Jahre

Versichert bei _____

Gesetzlich privat Zusatzversicherung

Falls zutreffend: Abweichender Rechnungsempfänger/Zahlungspflichtiger:

Name _____

Vorname _____ Geburtsdatum _____

Straße _____ Hausnummer _____

PLZ _____ Ort _____

Telefon/Handy _____

E-Mail _____

Ihr Hausarzt _____ Straße _____ Hausnummer _____

PLZ _____ Ort _____ Telefon _____

Wie/durch wem sind Sie auf mich aufmerksam geworden? _____

Größe: _____ cm Kleiner geworden: Nein Ja _____ cm

Gewicht: _____ kg Abgenommen: Ja Zugenommen: Ja _____ kg

Bitte schildern Sie frei Ihre aktuellen Beschwerden bzw. weswegen Sie mich aufsuchen!

Wo sind Ihre Beschwerden?

Wie lange haben Sie diese Beschwerden schon? _____

Was ist Ihr Wunsch an mich bzw. Ihr Ziel?

Sind Nebenbeschwerden oder andere (frühere) Erkrankungen bzw. Schmerzen bekannt?
Nein Ja Welche?

Sind andere Familienmitglieder ebenfalls betroffen? Nein Ja Welche?

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"/> Geschlechterkrankung |
| <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 (Scharlach,
Windpocken, Mumps, Röteln,
Masern, etc.) |
| <input type="checkbox"/> Nervenerkrankung | <input type="checkbox"/> Selbstmord (-versuche) | <input type="checkbox"/> Infektionserkrankungen
(HIV/Aids, Hepatitis, Gürtelrose
etc.) |
| <input type="checkbox"/> Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> Prothesen | <input type="checkbox"/> Sonstige Erkrankung |
| <input type="checkbox"/> Ängste/Kummer | <input type="checkbox"/> Behinderungen | |
| <input type="checkbox"/> Ödeme/Wassereinlagerung | <input type="checkbox"/> Epilepsie | |
| <input type="checkbox"/> Nierenerkrankungen | <input type="checkbox"/> Heuschnupfen | |
| <input type="checkbox"/> Knochen/Gelenkerkrankung | <input type="checkbox"/> Neurodermitis | |
| <input type="checkbox"/> Lungenerkrankung | <input type="checkbox"/> Asthma | |

Fragebogen - Seite 2 von 5

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

- | | | |
|---|---|---|
| <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"/> Geschlechterkrankung |
| <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. Insektenstiche |
| <input type="checkbox"/> Gicht | <input type="checkbox"/> Psychische Erkrankung | <input type="checkbox"/> Kinderkrankheiten (Scharlach, Windpocken, Mumps, Röteln, Masern, etc.) |
| <input type="checkbox"/> Rheuma | <input type="checkbox"/> Tumore/Krebs | <input type="checkbox"/> Infektionserkrankungen (HIV/Aids, Hepatitis, Gürtelrose etc.) |
| <input type="checkbox"/> Nervenerkrankung | <input type="checkbox"/> Selbstmord (-versuche) | <input type="checkbox"/> Sonstige Erkrankung |
| <input type="checkbox"/> Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> Prothesen | |
| <input type="checkbox"/> Ängste/Kummer | <input type="checkbox"/> Behinderungen | |
| <input type="checkbox"/> Ödeme/Wassereinlagerung | <input type="checkbox"/> Epilepsie | |
| <input type="checkbox"/> Nierenerkrankungen | <input type="checkbox"/> Heuschnupfen | |
| <input type="checkbox"/> Knochen/Gelenkerkrankung | <input type="checkbox"/> Neurodermitis | |
| <input type="checkbox"/> Lungenerkrankung | <input type="checkbox"/> Asthma | |

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/Nahrungsergänzungsmittel etc. Dosis

Warum _____

2. _____

Medikament/Nahrungsergänzungsmittel etc. Dosis

Warum _____

3. _____

Medikament/Nahrungsergänzungsmittel etc. Dosis

Warum _____

Fragebogen - Seite 3 von 5

4. _____
Medikament/Nahrungsergänzungsmittel etc. *Dosis*
Warum _____
5. _____
Medikament/Nahrungsergänzungsmittel etc. *Dosis*
Warum _____
6. _____
Medikament/Nahrungsergänzungsmittel etc. *Dosis*
Warum _____
7. _____
Medikament/Nahrungsergänzungsmittel etc. *Dosis*
Warum _____
8. _____
Medikament/Nahrungsergänzungsmittel etc. *Dosis*
Warum _____
9. _____
Medikament/Nahrungsergänzungsmittel etc. *Dosis*
Warum _____
10. _____
Medikament/Nahrungsergänzungsmittel etc. *Dosis*
Warum _____

Nehmen Sie Marcumar oder andere „Blutverdünner“ ein? Ja Nein
Welche? _____ Quick/INR-Wert aktuell: _____

Nehmen Sie zurzeit Antibiotika/Penicillin ein? Ja Nein
Name? _____ seit wann? _____ Dosis? _____
Warum? _____ wie lange noch? _____

Raucher - seit _____ Jahre Konsum: _____ Zigaretten pro Tag

Nichtraucher - seit _____ Jahre

Drogenkonsum regelmäßig Alkohol: _____ ml täglich

Allergien (aktuell und frühere)? Welche? _____

Unverträglichkeiten (aktuell und frühere)? Welche? _____

Krankenhausaufenthalte? Wann? Weshalb? _____

Operationen? Welche? Wann? _____

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

Wann waren Sie zuletzt im Ausland? _____

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

Bisher gestellte Diagnosen: _____

Bisher erfolgte Behandlungen und Erfolge: _____

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

Bitte legen Sie diesem Bogen, soweit jeweils vorhanden, noch **Vorbefunde** (ca. 1 Jahr zurück bzw. relevante Berichte) von anderen Ärzten/Krankenhaus/Heilpraktiker etc. sowie **aktuelle Laborbefunde** (bestenfalls nicht älter als 4 Wochen) bei!

Ich bestätige die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben.

Unterschrift Patient bzw. dessen gesetzl. Vertreter - bei Minderjährigen **beide** Erziehungsberechtigte



Aufklärungsbogen Dorn-Therapie und Breuss-Massage

Datum: _____

Patient: _____, geb. _____

PLZ/Wohnort: _____, Str.: _____

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
zur Therapie Ihrer Beschwerden ist ggf. eine Dorn-Therapie/Breuss-Massage sinnvoll.

Was ist das?

Die Dorn-Therapie und Breuss-Massage sind Handgriffe zur Wiederherstellung oder Verbesserung der Beweglichkeit von Gelenken an der Wirbelsäule, und, bei der Dorn-Therapie auch an Gelenken an Armen und Beinen, durch zielgerichtete Bewegung. Sie ist die Kunst, Verschiebungen in der Wirbelsäule bzw. Gelenken mittels spezieller Methoden festzustellen und sie nachfolgend mit der bloßen Hand durch Druck und Mobilisation der Wirbel und Gelenke in Bewegung zurechtzurücken. Bei der Behandlung werden Beeinträchtigungen der Beweglichkeit und daraus entstehende Verkrampfungen der Muskeln sowie Schmerzen gelindert oder behoben. Selbst bei häufiger Anwendung leieren Gelenke, Bänder und Sehnen nicht aus, weil die Gelenke immer aus einer Fehlstellung in die natürliche Normalstellung zurückgebracht werden.

Welche Komplikationen können auftreten?

Bei Behandlungen an der Wirbelsäule sind gewisse Risiken auch bei sachgemäßer Ausübung der Therapie nicht gänzlich auszuschließen. Bei einer vorgeschädigten Bandscheibe (z. B. Vorwölbung oder Vorfall) kann es selten zu einer Schädigung der Nervenwurzel kommen. Die Symptome sind dabei Gefühlsstörungen in den Armen oder Beinen oder in noch weit geringeren Fällen Lähmungen. Halten diese Symptome länger an, kann eine Bandscheibenoperation nötig werden. Auch ist es nicht ausgeschlossen, dass es, trotz vorsichtiger Therapie, vor allem bei entsprechender Veranlagung und Vorgeschichte auch zu Knochenbrüchen, Lähmungen, ... kommen kann. Besonders bei der Behandlung im Kopfbereich kann es vorübergehend zu Schwindelsymptomatik, Kopfschmerzen und Kribbeln kommen, welche die Verkehrstüchtigkeit einschränken kann. Durch die Anwendung, v. a. im Kopfbereich kann es, wenn auch selten, zu Verschiebungen der Wirbel mit Druck auf die Blutgefäße kommen, welche dann die Durchblutung eines Areals (z. B. Gehirn) beeinträchtigen. Sind die Gefäße vorgeschädigt, kann es u. U. zu Verletzungen der Halsschlagader kommen. Diese Verletzungen sind ebenfalls sehr selten. Dabei kann es auch zu einem Lösen von Blutgerinnseln kommen, die dann Gehirnabschnitte im Sinne eines Schlaganfalls schädigen können. Diese Komplikation erfordert sofortige Behandlung im Krankenhaus, da sie lebensbedrohlich sein kann.

Ebenfalls kann es, trotz sorgfältigem Vorgehen, zu unschönen Reaktionen durch Medikamente (z. B. Cortison etc.) oder Erkrankungen (z. B. Osteoporose etc.) und Zustände (z. B. Schwangerschaft) des Patienten kommen. Um dies weitestgehend zu vermeiden sollten dem Therapeuten immer alle eingenommenen/gespritzten Mittel sowie Erkrankungen und Zustände genannt werden.

Wenn Sie eine Dorn-Therapie bzw. Breuss-Massage nicht wünschen, teilen Sie es mir bitte vorab mit! Ich werde dann nach Alternativen suchen, soweit diese medizinisch in Betracht kommen.

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

Einwilligungserklärung:

Ich wurde über die Risiken der Dorn-Therapie/Breuss-Massage informiert. Ich habe die Aufklärung verstanden und keine weiteren Fragen.

Ich willige hiermit nach ausreichender Bedenkzeit in die vorgeschlagene Behandlung ein.

Ort, Datum

Unterschrift der Patientin/des Patienten bzw. dessen Vertreter
(bei Minderjährigen beide Erziehungsberechtigte)