

Christian Arndt, M.A.
 Heilpraktiker
 Lessingstraße 63
 87435 Kempten

FRAGEBOGEN / DATENSCHUTZ

| | | | | | |
|--|---------|----------|---------------|-------------------|--------|
| Anrede: | Titel: | Vorn.: | Nachn.: | Geb.Dat.: | |
| Straße: | | PLZ: | Ort: | | |
| Telefon: | Privat: | Arbeit: | Mobil: | | |
| E-Mail: | | | | | |
| Versicherung: | Privat | Beihilfe | Gesetzlich | | |
| Beruf: | Aktiv | Berentet | Sportart: | Profi Freizeit | |
| Problem | | | Wann erstmals | Seit wann aktuell | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| Behandlungen, Jahr: | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| Anzahl der konsultierten Ärzte oder Therapeuten: | | | | | |
| Welche Operationen hatten Sie und wann? | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| Welche Unfälle hatten Sie und wann? | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| Wie haben sich Ihre Beschwerden im Laufe der Zeit verändert? | | | Stärker | Schwächer | Gleich |

| |
|--|
| Wann sind Beschwerden am stärksten? |
| Welche Medikamente nehmen Sie? |
| Was lindert Ihre Beschwerden? |
| Was verstärkt Ihre Beschwerden? |
| In welchen Aktivitäten werden Sie eingeschränkt? |
| |

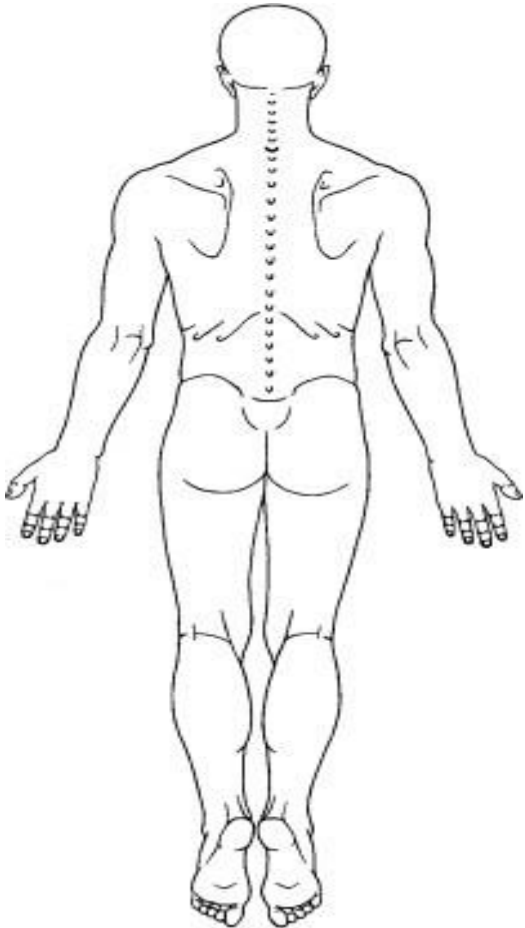
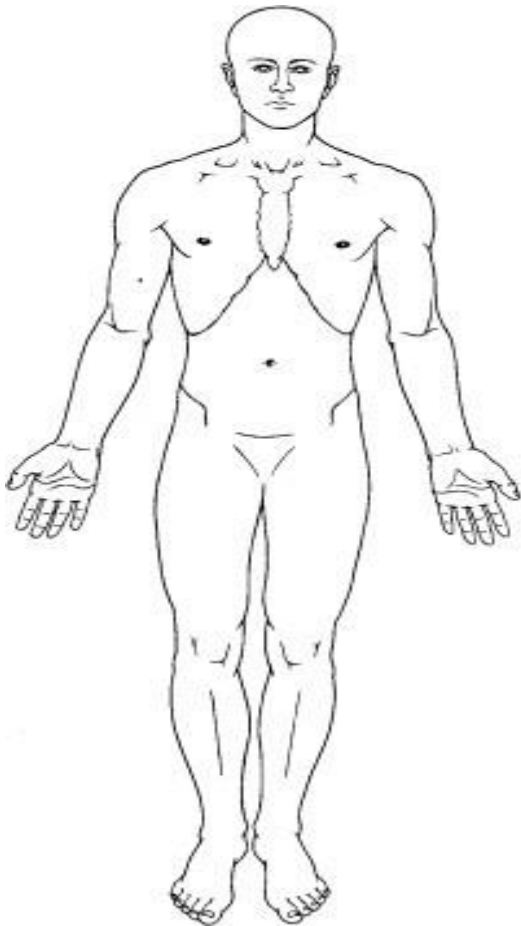
Wie intensiv ist Ihr Schmerz/Missempfindung/Funktionseinschränkung auf einer Skala von 0 bis 10

| | | |
|---------------------|--------------------|--------------------|
| Geringster Schmerz: | Mittlerer Schmerz: | Stärkster Schmerz: |
|---------------------|--------------------|--------------------|

| | | |
|-----------------------------------|--------|-----------|
| Wann treten Ihre Beschwerden auf? | | |
| Ruhe | Schlaf | Belastung |

Beschreiben Sie bitte Ihre Beschwerden:

| |
|--|
| |
| |
| |



Bitte markieren Sie in die Skizze Ihre Beschwerden

| | | |
|------|--------|---------------|
| Ort: | Datum: | Unterschrift: |
|------|--------|---------------|

Datenschutzverordnung

ZWECK: Die Datenverarbeitung erfolgt, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und Ihrem Heilpraktiker und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen. Für Veröffentlichungen, Lehr und Studienzwecke werden Ihre Daten pseudonymisiert, so dass eine Identifizierung Ihrer Person durch Unbefugte ausgeschlossen ist. Ihre Daten werden auf einem PC mit Zugriffsbeschränkung gespeichert. Sie werden nach Ablauf der gesetzlichen Löschfristen gelöscht. Die Einwilligung zur Nutzung und Verarbeitung Ihrer Daten ist freiwillig, Sie können jederzeit die Einwilligung ohne Angabe von Gründen und ohne Nachteile für Sie widerrufen. Sie haben das Recht, Auskunft über die Sie betreffenden Daten zu erhalten, auch in Form einer unentgeltlichen Kopie. Darüber hinaus können Sie die Berichtigung oder Löschung Ihrer Daten verlangen.

VERANTWORTLICHKEIT: Verantwortlich für die Datenverarbeitung ist: Heilpraktiker Christian Arndt, M.A., Lessingstr. 63, 87435 Kempten.

DATENÜBERMITTLUNG: Ich übermittle Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wie z.B. Ihre Krankenversicherung, wenn Sie eingewilligt haben.

SPEICHERUNG IHRER DATEN: Ich bewahre Ihre personenbezogenen Daten nur solange auf, wie dies für die Durchführung der Behandlung erforderlich ist. Aufgrund rechtlicher Vorgaben bin ich dazu verpflichtet, diese Daten mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren.

IHRE RECHTE: Sie haben das Recht, über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten Auskunft zu erhalten. Auch können Sie 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. Die Anschrift der für uns zuständigen Aufsichtsbehörde lautet: Bayerisches Landesamt für Datenschutzaufsicht Anschrift: Postfach 606, 91522 Ansbach. Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist Artikel 9 Absatz 2 lit. h) DSGVO in Verbindung mit Paragraph 22 Absatz 1 Nr. 1 lit. b) Bundesdatenschutzgesetz. Sollten Sie Fragen haben, können Sie sich gern an mich wenden.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die Datenschutzinformation gelesen und verstanden habe. Ich bin mit der Nutzung meiner Daten einverstanden

Ort Datum Unterschrift

Rechnung und Bezahlung

Die Therapie wird nach der Gebührenordnung für Heilpraktiker (GebüH) abgerechnet. Leider stehen die privaten Krankenversicherungen modernen Behandlungsmethoden teilweise ablehnend gegenüber. Ich muss daher darauf aufmerksam machen, dass einige Privatversicherungen die Kosten für durchgeführte Behandlungen möglicherweise nicht vollständig übernehmen. Mein Vergütungsanspruch bleibt hiervon unberührt. Die gesetzlichen Krankenkassen übernehmen die Therapiekosten nicht. Grundsätzlich erhalten Sie nach jedem Quartal oder nach fünf Behandlungen die Liquidation zur Einreichung bei Ihrer privaten Krankenkasse und / oder Beihilfestelle. Sollten Sie die Abrechnung vorher benötigen, lassen Sie es mich bitte wissen.

Patienten, die keine Erstattung von Seiten der privaten Krankenkassen und / oder Beihilfe bekommen, erhalten ebenfalls nach diesem Zeitraum eine nach Leistungen unspezifizierte Liquidation bzw. Quittung Ihrer Zahlungen zur möglichen steuerlichen Geltendmachung.

Grundsätzlich bitte ich meine Patient/Innen um eine an die Behandlung anschließende Barzahlung meiner vorher erbrachten Leistungen. Dies erspart mir größeren Verwaltungsaufwand, dessen Kosten die Behandlungen möglicherweise verteuern könnte, ohne dass damit ein Mehr an Leistung für Sie verbunden wäre.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die Informationen über mögliche Behandlungsreaktionen sowie die Hinweise zur Rechnungsstellung und Bezahlung gelesen und verstanden habe.

Ort Datum Unterschrift