

Fragebogen zur homöopathischen Behandlung

Dieser Fragebogen erfüllt die Funktion, möglichst alle Bereiche eines Menschen zu erfassen, in denen Symptome erscheinen können. Um die heilende Arznei zu finden, wird ein möglichst umfassendes, bis in die feinsten Details reichendes Bild der Krankheitserscheinungen benötigt. Oftmals sind es gerade Informationen, die in der herkömmlichen Medizin kaum Beachtung finden, die in der Homöopathie aber zum entscheidenden Verständnis des Krankheitsbildes beitragen und somit zur richtigen Arznei führen.

Bitte beantworten Sie die Fragen nicht nur mit "ja" oder "nein". Wenn Sie eine Beobachtung an sich gemacht haben, beschreiben Sie diese bitte mit ausführlichen Sätzen, auch wenn das Symptom scheinbar in keinem Zusammenhang zu Ihren aktuellen Beschwerden steht. Falls Sie zu einer Frage nichts zu sagen haben oder keine eindeutige Stellungnahme möglich ist, gehen Sie zur nächsten Frage über. Sollte der eingeräumte Platz nicht ausreichen, benutzen Sie bitte die Rückseite oder ein zusätzliches Blatt Papier.

Dieser Fragebogen dient dazu, das erste Behandlungsgespräch - die Erstanamnese - möglichst effizient durchführen zu können. Deshalb möchte ich Sie bitten, den ausgefüllten Bogen ca. 3 Tage vor dem Behandlungstermin zuzuschicken, sodass genug Zeit für eine Vorbereitung auf das Gespräch bleibt. Selbstverständlich sind alle Angaben streng vertraulich und unterliegen der Schweigepflicht.

Name

Vorname

Anschrift

.....

Telefon

E-Mail

Geburtsdatum

Beruf

Krankenversicherung

Hausarzt



Bitte zuschicken an:

Naturheilpraxis
Martina Busch
Neckarstr. 25
76199 Karlsruhe

1. ALLGEMEINES

1.1 Durch wen oder wie wurden Sie auf meine Behandlungsweise aufmerksam?

1.2 Welches sind Ihre Hauptbeschwerden?

1.3 Seit wann leiden Sie unter diesen Hauptbeschwerden?

1.4 Welche Umstände verbessern oder verschlechtern die Beschwerden? (z.B. Kälte-, Wärmeanwendungen, Tageszeiten, Körperhaltungen, bestimmte psychische Situationen etc.)?

1.5 Welche Gedanken sind Ihnen schon gekommen, was die Ursache dieser Erkrankung(en) sein könnte? (Bitte beschreiben Sie nur Ihre eigenen Ideen und nicht die von anderen, z.B. die Ihres Arztes.)

1.6 Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit ein? Seit wann und in welcher Dosierung?

2. KÖRPERLICHES

Kopfbereich

2.1 Kopfschmerz: Wo, wann und wie (stechend, ziehend, hämmernd etc.) spüren Sie ihn, was bessert oder verschlechtert?

2.2 Schwindel: Wann, bei welcher Gelegenheit?

2.3 Haare: Wie ist der Zustand der Haare?

2.4 **Sinnesorgane:** Leiden Sie unter Schmerzen an Augen, Ohren, Nase, an Entzündungen, Absonderungen, Licht-, Geräusch- oder Geruchsempfindlichkeit? Gibt es Seh-, Hör- od. Geruchsstörungen oder Sinnestäuschungen (z.B. alles schmeckt bitter, Gegenstände erscheinen kleiner etc.)?

2.5 Nase: Ist die Nase oft verstopft, verschnupft oder trocken? Leiden Sie unter Heuschnupfen, Nasenbluten, Nasennebenhöhlenentzündung?

2.6 Mund: Gibt es Störungen an der Mundschleimhaut, an Zahnfleisch, Zähnen, Zunge, Lippen (Schmerzen, Entzündungen, Mundgeruch, Speichelfluß, eingerissene Mundwinkel, Bläschen an den Lippen etc.)?

2.7 Gesicht: Gibt es Schmerzen, Zucken, Jucken, Kribbeln, Taubheitsgefühl, Hautausschläge, Akne, Grind, Schuppen, Neigung zum Erröten etc.?

Hals

2.8 Rachen: Leiden Sie häufig unter Mandelentzündungen, Halsschmerzen, Schluckbeschwerden? Beschreiben Sie die Art des Schmerzes. Ist der Hals berührungsempfindlich, so dass ein enger Kragen stört? Leiden Sie unter dem Gefühl eines Kloßes im Hals?

2.9 Sprache: Gibt es Sprachstörungen, Stottern, Heiserkeit, Räusperzwang?

Brust

2.10 Atmung: Gibt es Schmerzen beim Atmen, Atemgeräusche, Atemnot, Asthma? Wann, bei welcher Gelegenheit? Beschreiben Sie die Beschwerden genauer.

2.11 Husten: Wann tritt er auf (z.B. beim Gehen vom Zimmer ins Freie, beim Hinlegen, nachts ...), ist er schmerzhaft, wie klingt er, besteht Auswurf, wie ist dieser beschaffen?

2.12 Herz: Besteht Schmerz, Angst, Enge, Druck, Atemnot, Herzklopfen? Wann, wie, wohin ausstrahlend, wodurch, bei welcher Tätigkeit erscheinen die Beschwerden? Können Sie auf der linken Seite liegen?

2.13 Kreislauf: Kommt es zu Schwindel, Schwäche, Übelkeit, zu warmem oder kaltem Schweiß? Leiden Sie an Blutandrang, zu blassem oder gerötetem Gesicht? Neigen Sie zu Ohnmachten?

2.14 Gefäße: Gibt es kalte Hände oder Füße, bläuliche Verfärbungen, schwere oder geschwollene Beine, Krampfadern,

Venenentzündungen, Thrombose? Gibt es Ekzeme, offene Beine, Geschwüre?

2.15 Blutdruck: Ist der Blutdruck meist hoch oder niedrig? Kennen Sie Ihre üblichen Werte?

Verdauungstrakt

2.16 Magen: Leiden Sie unter Magenschmerzen? Wie ist der Schmerz, wann tritt er auf und wodurch wird er verursacht? Gibt es häufige Übelkeit, Völlegefühl, Erbrechen?

2.17 Appetit: Wie ist der Appetit (z.B. Heißhunger oder nach einigen Bissen schon Völlegefühl etc.)? Wie ist der Durst? Neigen Sie zu Übelkeit oder Erbrechen beim Geruch oder beim Anblick von Speisen?

2.18 Bauch: Haben Sie Schmerzen im Bauchraum? Wie, wann und wo sind die Schmerzen? Wodurch werden sie ausgelöst, was bessert und verschlimmert (z.B. Wärme, Zusammenkrümmen, Blähungsabgang, Aufstoßen ...) ? Vertragen Sie einen engen Gürtel? Neigen Sie zu Blähungen, wann, wodurch ausgelöst? Wie sind die Winde (z.B. laut, stinkend ...)?

2.19 After: Leiden Sie unter Hämorrhoiden, sind diese juckend oder blutend? Ist der After wund, eingerissen, gibt es Afternässen, Ekzeme oder Auswüchse am After?

Urogenitalsystem

2.20 Nieren: Hatten Sie Nierensteine, Koliken, Blasenentzündungen? Leiden Sie unter Schmerzen in der Nierengegend? Wann und wie spüren Sie die Schmerzen? (andauernd oder nur bei Erschütterungen, stechend, bohrend etc.)?

2.21 Urin: Wie ist Farbe und Geruch des Urins?

2.22 Ausfluss: Besteht Ausfluss (Fluor)? Wann? Wie ist die Farbe, Menge, Geruch? Gibt es Jucken, Brennen, Krampfen in der Scheide, Hitze, Vorfal, Gefühl des Herabdrängens, Ekzeme, warzenähnliche Gebilde, Schmerzen beim Verkehr etc.?

2.23 Schwangerschaft: Sind eventuelle Schwangerschaften normal verlaufen, gab es Fehlgeburten?

2.24 Brüste: Bestehen Schwellungen, Knoten, Schmerzen, Berührungsempfindlichkeiten der Brüste, juckende, wund, eingezogene Brustwarzen etc.?

2.25 Hoden, Penis: Haben Sie irgendwelche Beschwerden an Glied oder Hoden (z.B. Jucken, Ekzeme, Geschwür, Ausfluss, schmerzhaftere Erektionen etc.)?

Rücken, Extremitäten

2.26 Rücken, Extremitäten: Haben Sie irgendwelche Beschwerden an Armen, Händen, Beinen, Füßen, Gelenken, Knochen, am Rücken? Wo genau und bei welcher Gelegenheit treten diese Beschwerden auf? Wie werden sie empfunden (z.B. Reißen, Ziehen, Steifigkeit, Lähmung, Taubheitsgefühl, Kribbeln, Krämpfe, Schwellung, Rötter, Hitze, Kälte etc.) und was bessert oder verschlechtert sie? Sind es wandernde Beschwerden oder bleiben sie an einer Stelle?

2.27 Gibt es irgendwo an Ihrem Körper oder in Ihrem Empfinden ein "komisches" oder "seltsames" Symptom? Gibt es eine Stelle, die unerklärlicherweise schmerzempfindlich ist?

Haut

2.28 Beschaffenheit: Wie ist Ihre Haut beschaffen (Trockenheit, Feuchtigkeit, Temperatur, Farbe, Absonderung, Fettigkeit, Schuppenbildung, Neigung zu blauen Flecken, kleine Wunden bluten lange, Eiterungen etc.)?

2.29 Hautausschläge: Haben oder hatten Sie Hautausschläge, Geschwüre, Flechten, Pilz, Warzen, Abszesse? Wo genau, wie ist deren Beschaffenheit, Aussehen, was empfinden Sie an den betroffenen Körperteilen (z.B. Jucken, Brennen, Klopfen, Kälte)? Wann sind diese Empfindungen besser oder schlechter?

2.30 Bemerken Sie Veränderungen an den Finger- oder Fußnägeln?

2.31 Haben Sie geschwollene oder schmerzhaftere Lymphknoten?

3. DIE KRANKENBIOGRAPHIE

3.1 Wie war die Schwangerschaft und Entbindung der Mutter?

3.2 Gab es Impfungen/Impfreaktionen, Kinderkrankheiten?

3.3 Wie verlief die Zahnung, Laufen und Sprechenlernen (zu früh, zu spät, vorsichtig etc.)?

3.4 An welche Krankheiten und Besonderheiten im Kindesalter erinnern Sie sich?

3.5 Gibt es Einschnitte in Ihrem Leben, die Ihre Gesundheit maßgeblich beeinflusst haben?

3.6 Gibt es Beschwerden während der Pubertät, Schwangerschaft, den Wechseljahren? Wenn ja, welche?

3.7 Schildern Sie in zeitlich richtiger Reihenfolge Ihre Krankheitsgeschichte (Krankheiten, Operationen, Unfälle, traumatische Ereignisse/Einschnitte etc.) und eventuell daraus resultierende Beschwerden.

Jahr	Erkrankung / Ereignis
------	-----------------------

4. ZEITLICHE ABLÄUFE

4.1 Welchen Einfluss üben folgende Umstände auf Sie aus:

Das Wetter? Die Jahreszeiten?
Urlaub - am Meer/See?- im Gebirge?
Die verschiedenen Mondphasen?
Sonnenlicht, künstliches Licht,
Dämmerung, Dunkelheit? Gesellschaft,
Alleinsein? Fasten/Hungern? Aufenthalt
in geschlossenen, warmen Räumen?
Stickige Luft? Enge Räume, Lift, Keller,
Tunnel?

4.2 Gibt es Tagesschwankungen Ihrer Beschwerden? Geht es Ihnen morgens, mittags, abends oder nachts besser oder schlechter? Gibt es herausragende Uhrzeiten, zu denen Beschwerden auftreten oder bei denen Sie bspw. nachts aufwachen? Treten Ihre Beschwerden periodisch auf? Wie lange sind ggf. die Zeitabstände? Gibt es Wochentage, an denen die Beschwerden gehäuft auftreten? (z.B. Wochenende)

5. KÖRPERFUNKTIONEN

Verdauung

5.1 Was essen Sie am liebsten? Wichtig sind Nahrungsmittel, nach denen sehr **starkes** Verlangen besteht z.B. Fisch/ Fleisch, Geräuchertes, Obst/Gemüse, Eier.. Essen Sie lieber kalte oder warme Speisen?

5.2 Gegen welche Nahrungsmittel besteht eine deutliche Abneigung oder sogar Ekel?

5.3 Welche Nahrungsmittel vertragen Sie nicht? Geben Sie an, um welche Art Unverträglichkeit es sich handelt.

5.4 Wieviel Durst haben Sie (nur der tatsächliche Durst, nicht die „vorgeschriebene“ Flüssigkeitsmenge). Bevorzugen Sie kalte oder warme Getränke, kleine oder große Schlucke?

Schlaf

5.5 Wie ist Ihr Schlaf (Einschlafen, Durchschlafen)? Sind Sie morgens erfrischt? Haben Sie bestimmte Aufwachzeiten?

5.6 Haben Sie eine bestimmte Schlaflage? Wenn ja, gibt es Gründe für genau diese Position?

Temperatur/ Schweiß

5.7 Wie ist Ihre Temperatur-Empfindung (ist es meist zu heiß, zu kalt)? Schwitzen Sie leicht oder nur wenig? Wo besonders, wie ist der Geruch des Schweißes, färbt er die Wäsche gelb, bessert oder verschlechtert ein Schweißausbruch bestimmte Beschwerden? Bei welchen Gelegenheiten kommt es zum Schweißausbruch?

Ausscheidungen

5.8 Stuhl: Wann und wie oft haben Sie Stuhlgang? Besteht Neigung zu Durchfall oder Verstopfung? Wie ist Form, Farbe, Geruch und Menge der Stühle, gibt es Blut- oder Schleimbeimengungen?

5.9 Wasserlassen: Haben Sie Schmerzen im Harnleiter, Blase oder in der Harnröhre? Wie ist die Schmerzempfindung, strahlt der Schmerz aus, was bessert oder verschlimmert (z.B. Wärme oder Kälte, Erschütterung, Ruhe, Bewegung)? Gibt es Beschwerden vor, während oder nach dem Wasserlassen (Schmerzen, häufiger Harndrang tags oder nachts)? Fließt der Urin gut, sofort und ohne Hindernis? Gibt es unwillkürlichen Harnabgang (z.B. beim Rennen, Lachen, Niesen, Husten etc.)?

Sexualität

5.10 Periode: Nehmen Sie die "Pille"? Wann ist Ihre Regel zum ersten Mal eingetroffen? Wie ist die Regel (unregelmäßig, zu früh oder zu spät, schmerzhaft, Blutung stark oder schwach, hell/dunkel, klumpig, mehr am Tage oder nachts, wundmachend oder übelriechend etc.)? Haben Sie Beschwerden bei, vor oder nach der Regel, welche Begleitumstände gibt es (z.B. Kopfschmerzen, Reizbarkeit etc.)?

5.11 Sexualität: Wie ist der Geschlechtstrieb (z.B. kaum Interesse, sehr stark, in Gedanken dauernd damit beschäftigt, Angst davor oder Abneigung dagegen, sonstige Störungen, kein Orgasmus, viel Selbstbefriedigung)? Hatten Sie je eine Geschlechtskrankheit? Ist der Orgasmus vorzeitig, verzögert, gibt es eine starke Schwäche nach dem Verkehr? Haben Sie Schmerzen beim Koitus?

Sonstiges

5.12 Wie ist Ihre Größe und Ihr Gewicht? Wie stehen Sie zu Sport, frischer Luft, Rauchen, Alkohol, Kaffee, Drogen? Haben Sie eine besondere Ernährungs- oder Lebensweise?

6. PERSÖNLICHE MERKMALE

6.1 Wie würden Sie Ihren Charakter als Mensch beschreiben? Welches sind Ihre Besonderheiten, ungeachtet der Tatsache, ob es sich um positive oder negative Eigenschaften handelt?

6.2 Wie werden Sie von anderen beschrieben? Welche Charaktereigenschaften werden Ihnen ggf. von Ihrem Partner oder Ihren Eltern zugeschrieben?

6.3 Gibt es Ängste (allgemein oder vor Dunkelheit, Höhenangst, Räubern, ohnmächtig zu werden, verfolgt oder vergiftet zu werden, dass Sie jemanden töten könnten, dass Sie verrückt werden könnten, dass ein Unglück passiert, vor Wasser, vor Gewitter, vor bestimmten Krankheiten, vor Tieren - Hunden, Katzen, Spinnen, Schlangen, Mäusen etc.)?

6.4 Wo sind Sie auf der emotionalen Ebene besonders empfänglich (Musik, ungerechte Gesellschaftssituationen, leidende Menschen, romantische Situationen, Ungerechtigkeiten, Tadel, Zurücksetzungen, Eifersucht, verletzter Stolz, Unordnung, Veränderungen etc.)?

6.5 Wie ist gewöhnlich Ihre Gemütslage? Neigen Sie zu Depressionen? Hatten Sie je Selbstmordgedanken? Auf welche Art würden Sie Selbstmord verüben?

6.6 Wie sind Ihre geistigen Fähigkeiten (Gedächtnis, klare Gedanken, Konzentrationsfähigkeit etc.)? Unterlaufen Ihnen häufig bestimmte Fehler (z.B. beim Schreiben, beim Reden? Gibt es Ungeschicklichkeiten. Vergesslichkeiten)?

6.7 Welches war das einschneidenste Erlebnis in Ihrem Leben? Nach welchen Lebensstationen hat sich Ihr Gesamtbefinden deutlich verschlechtert? Was hat Sie am meisten aus der Bahn geworfen? Welches war Ihr schönstes Erlebnis?

6.8 Gibt es Ereignisse oder Umstände, die sich in Ihrem Leben immer wiederholen?

6.9 Gibt es Themen, die Sie über lange Zeit stark beschäftigt haben oder Angriffe auf Ihre Moral und Wertvorstellungen?

6.10 Welches ist die Charaktereigenschaft, die Sie am liebsten verändern würden?

6.11 Gibt es Dinge, über die Sie nicht sprechen möchten?

6.12 Wie sind Ihre Träume? Gibt es häufig vorkommende Motive (haben Sie schon von Schlangen, Ratten, Fliegen, vom Herunterfallen aus großer Höhe etc. geträumt)? Wie ist die hauptsächliche Emotionslage im Traum?

6.13 Gibt es irgendeinen Traum (evtl. auch aus der Kindheit), den Sie nicht vergessen können? Bitte schildern Sie ihn möglichst ausführlich. Wie war bei den einzelnen Traumabschnitten Ihre Gefühlslage? Was bedeuten einzelne Traumotive für Sie?

6.14 Haben Sie den Eindruck, dass alle für Sie relevanten Themen mit diesem Fragebogen angesprochen worden sind? Wenn nein, bitte ergänzen Sie das Fehlende.

7. FAMILIE

7.1 Welche Krankheiten kamen in Ihrer Familie vor und bei wem (soweit Sie sich erinnern können, auch entfernte Verwandte)? (Bitte versuchen Sie, möglichst viele Informationen herauszufinden, diese Angaben könnten sehr wichtig sein.)

Tuberkulose, Lungenentzündung:

Krebs:

Geschlechtskrankheiten:

Rheuma, Gicht, Arthrose:

Hautkrankheiten, Allergien,
Heuschnupfen:

Geistesstörungen:

Selbstmord:

Unfälle:

Andere Krankheiten:

7.2 Welche Bereiche sind in der Familie besonders häufig betroffen bzw. anfällig?

Gemüt

Nervensystem

Herz / Kreislauf

Verdauungstrakt

Urogenitalbereich

Gelenke

Sehnen/ Bänder

Knochen

Haut/ Lymphknoten

Blut

Eiterungen/ Infektionen

7.3 Gibt es bestimmte Ereignisse oder Umstände, die in der Familie gehäuft auftreten (z.B. Scheidungen, Kinderlosigkeit etc.)? Wenn ja, bei wem?

7.4 Bitte geben Sie charakteristische und markante Wesensmerkmale Ihrer nahestehendsten Verwandten an (z.B. Vater sehr autoritär usw.). Wichtig dabei ist, wie Sie die entsprechenden Personen empfunden haben.

8. Das GENOGRAMM

Der folgende Punkt ist von großer Wichtigkeit und deshalb ist größte Sorgfalt hierbei erforderlich. Bitte tragen Sie möglichst vollständig Ihre Verwandten (Kinder, Eltern, Onkel, Tanten, Großeltern ...) und wenn möglich deren Geburtsjahr- in das im Anschluss an den Fragebogen beigefügte „Genogramm“ ein.

Ergänzen Sie die Angaben durch die entsprechenden Erkrankungen, Besonderheiten etc...

Besonders wichtig sind hierbei frühe Todesfälle (auch Kindstod, Suizid etc.) oder ungewöhnliche oder belastende Begebenheiten wie Gewalt, Alkohol- oder Drogenprobleme.

Bitte kennzeichnen sie:

≈ gute Ehe/ eheähnliche Beziehung

≠ Scheidung /Trennung

GENOGRAMM



Herzlichen Dank für die Zeit und Geduld beim gewissenhaften Ausfüllen des doch recht umfangreichen Fragebogens. Ihr Zeitaufwand beim Bogen wird durch ein kürzeres und dadurch kostengünstigeres Anamnesegespräch belohnt. Ich freue mich auf unser Erstgespräch.

Patienteninformation und Kostenregelung

Der Fragebogen, den Sie gerade so ausführlich bearbeitet haben, ist nützlich um das Erstgespräch möglichst effizient vorzubereiten und gestalten zu können. Sie haben dadurch zu Hause genügend Zeit all die Daten und Informationen zusammenzutragen, die man im Gespräch manchmal vergisst. Je aufwändiger er ausgefüllt wurde, desto besser die Chancen, die notwendigen Zusammenhänge zu erkennen und desto kürzer und kostengünstiger ist der Zeitaufwand für das Erstgespräch (Anamnese).

Die Anamnese dient dazu, die wichtigsten Umstände und Hintergründe zu erfassen, die zur Erkrankung führen konnten.

Dies ist die notwendige Basis für alle zukünftigen chronischen und akuten Behandlungen. Nicht immer kann Alles beim Erstgespräch zur Sprache kommen. Vervollständigungen können auch im Nachhinein hinzugefügt werden.

Im Falle einer chronischen Erkrankung sind in gewissen Abständen Folgegespräche notwendig, um die Wirkung der verabreichten Arznei einschätzen zu können. Hierfür ist eine genaue Beobachtung aller Symptome und Befindlichkeiten notwendig. Dies ist ungewöhnlich und für viele Menschen gewöhnungsbedürftig, wie detailliert die Beobachtungen hierfür sein müssen. Jedoch kann nur so erkannt werden, ob und wie die verordnete Arznei wirkt.

Im Anschluss an das Erstgespräch und die Folgetermine ist meist eine aufwändige Ausarbeitung der Gesamtsymptomatik notwendig (die „Repertorisation“). Dies wird in der Regel nicht gesondert berechnet, sondern ist in den Behandlungskosten inbegriffen.

Die Kosten für die homöopathische Behandlung ergeben sich ausschließlich aus der hierfür erforderlichen Zeit, die sich aus der Vorbereitung, der Behandlung und der evtl. Nachbereitung zusammensetzen kann.

Bei Verhinderung/Krankheit bitte ich Sie vereinbarte Termine rechtzeitig, d.h. möglichst einen Tag vorher abzusagen. Ich behalte mir vor **nicht abgesagte** Termine pauschal mit 60 € in Rechnung zu stellen.

Erstgespräch (inkl. Fragebogenauswertung) Dauer 1-3 Stunden:

80,- Euro pro Stunde; aber max. 150,- Euro.

Kinderpauschale bis 10 J. 100,- Euro

Folgegespräche, Untersuchung, Fallausarbeitung (Repertorisation), Hausbesuch, telef.

Beratungen: 15,- Euro pro Viertelstunde

Briefsendungen: 10 €

Im Falle einer Privatversicherung besteht die Möglichkeit einer Erstattung der Behandlungskosten, wobei die meisten Versicherungen die Leistungen der Klassischen Homöopathie nicht angemessen berücksichtigen und deshalb oft nur ca. 60-80% der Behandlungskosten übernehmen - in Einzelfällen sogar weniger. Ich bitte um Verständnis, dass auf individuelle Klauseln einzelner Versicherer nicht eingegangen werden kann.

Ich habe die Hinweise zur Kostenregelung für die homöopathische Behandlung zur Kenntnis genommen.

Ort, Datum und Name des/der Patienten/in bzw. der Erziehungsberechtigten

PATIENTENINFORMATION ZUM DATENSCHUTZ gemäß Art. 13 DSGVO

Sehr geehrte Patienten, sehr geehrter Patient,

es ist mir ein Anliegen, Ihre personenbezogenen Daten zu schützen. Nach der EU-Datenschutz-Verordnung (DSGVO) bin ich verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck in meiner Praxis Daten erfasst, gespeichert oder weitergeleitet werden. Außerdem finden Sie in dieser Information auch eine kurze Übersicht zu Ihren Rechten im Rahmen des Datenschutzes.

Verantwortlich für die Datenverarbeitung in der Praxis

Martina Busch - Neckarstr. 25 - 76199 Karlsruhe – Tel. 0721 89357760

- info@heilpraxis-busch.de

Ein/e Datenschutzbeauftragter/in ist für diese Praxis nicht erforderlich.

Zweck der Verarbeitung

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund der gesetzlichen Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und Ihrem Heilpraktiker und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen.

Bei den Daten, die ich verarbeite, handelt es sich insbesondere um Gesundheitsdaten, zu denen Anamnese, Diagnose, Therapieempfehlungen und Befunde gehören, die ich oder andere Therapeuten erheben. Zu diesem Zweck können mir auch andere Heilpraktiker, Ärzte und Therapeuten Daten zur Verfügung stellen.

Die Erhebung von Gesundheitsdaten ist Voraussetzung für Ihre sorgfältige Behandlung. Möchten Sie die notwendigen Informationen nicht geben, kann eine Behandlung **nicht** erfolgen.

Empfänger Ihrer Daten

Ich übermittle Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt/vorgegeben ist oder Sie eingewilligt haben. Die Übermittlung erfolgt zum Zweck der Abrechnung. Im Einzelfall erfolgt die Übermittlung Ihrer Daten gegebenenfalls an weitere berechnete Empfänger.

Speicherung Ihrer Daten

Ich bewahre Ihre personenbezogenen Daten nur solange auf, wie dies für die Durchführung der Behandlung im Rahmen der gesetzlichen Anforderungen erforderlich ist. Danach bin ich verpflichtet, diese Daten mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren. Nach anderen Vorschriften können sich längere Aufbewahrungsfristen ergeben.

Ihre Rechte zum Datenschutz

Sie haben das Recht, Auskunft über Ihre personenbezogenen Daten zu verlangen und Sie können die Berichtigung falscher Daten verlangen.

Unter bestimmten Voraussetzungen steht Ihnen das Recht auf Löschung Ihrer Daten und das Recht auf Einschränkung der Datenverarbeitung zu.

Die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten erfolgt auf rechtlicher Basis. Bei Einwilligung haben Sie das Recht, diese für die zukünftige Verarbeitung zu widerrufen. Eine Behandlung kann dann nicht weitergeführt werden. Außerdem haben Sie das Recht, sich bei der zuständigen Aufsichtsbehörde für Datenschutz zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt.

Rechtliche Grundlagen

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten ist Artikel 9 Absatz 2, h. der DSGVO in Verbindung mit Paragraph 22 Absatz 1 Nr.1 b. des Bundesdatenschutzgesetzes.

Die Anschrift der für uns zuständigen Aufsichtsbehörde lautet:

Name: Aufsichtsbehörde Datenschutz Baden-Württemberg

Anschrift: Postfach 102932, 70025 Stuttgart, Tel.: 0711/615541-0

DATENSCHUTZRECHTLICHE EINWILLIGUNG IN DIE VERARBEITUNG PERSONENBEZOGENER DATEN gemäß Art. 7 DSGVO

Hiermit erteile ich

Vorname: _____

Name: _____

Geburtsdatum: _____

meine Einwilligung in die Verarbeitung meiner Gesundheitsdaten im Zusammenhang mit meiner
Behandlung in der Praxis der datenschutzrechtlich verantwortlichen Heilpraktikerin:

Martina Busch
Neckarstr. 25
76199 Karlsruhe
Tel. 0721 89357760
E-Mailadresse: info@heilpraxis-busch.de

Hiermit bestätige ich Folgendes:

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass die Verarbeitung meiner Daten zum Zweck der medizinischen
Behandlung (Anamnese, Befunderhebung, Diagnose, Therapie, Nachsorge etc.) sowie aufgrund des
zugrunde liegenden Behandlungsvertrags erforderlich ist.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass die Einwilligung die Verarbeitung sensibler Daten
(Gesundheitsdaten) umfasst.

Die zur sachgerechten Information erforderlichen Angaben habe ich vor der Datenerhebung von der
verantwortlichen Person mitgeteilt bekommen.

Meine Einwilligung erfolgt freiwillig. Mir ist bekannt, dass ich nicht verpflichtet bin, diese Einwilligung zu
erteilen. Erteile ich diese Einwilligung nicht, entstehen mir hierdurch keine Nachteile. Ohne Einwilligung
kann jedoch grundsätzlich keine Behandlung durch den Verantwortlichen erfolgen.

Den Inhalt der abgedruckten Widerrufsbelehrung habe ich vor Erteilung der Einwilligung zur Kenntnis
genommen.

Ort, Datum

Unterschrift der/des Patientin/Patienten

Widerrufsbelehrung

Diese Einwilligung kann jederzeit und ohne Angabe von Gründen widerrufen werden. Die Rechtmäßigkeit
der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung wird dadurch nicht berührt.
Gesetzliche Erlaubnistatbestände bleiben von einem Widerruf der Einwilligung unberührt. Im Falle des
Widerrufs ist eine Fortsetzung der Behandlung durch den Verantwortlichen grundsätzlich nicht mehr
möglich.

Die Einwilligung kann mündlich oder schriftlich widerrufen werden. Der Widerruf ist zu richten an:

Martina Busch
Neckarstr. 25
76199 Karlsruhe
Tel. 0721 89357760
E-Mailadresse: info@heilpraxis-busch.de

DATENSCHUTZRECHTLICHE EINWILLIGUNG IN DIE VERARBEITUNG PERSONENBEZOGENER DATEN MINDERJÄHRIGER gemäß Art. 7 DSGVO

Hiermit erteile ich

Vorname, Name: _____

Geburtsdatum: _____

als Träger der elterlichen Verantwortung meine Einwilligung in die Verarbeitung der Gesundheitsdaten von

Vorname, Name: _____

Geburtsdatum: _____

im Zusammenhang mit der Behandlung dieses Kindes in der Praxis der datenschutzrechtlich verantwortlichen Heilpraktikerin:

Martina Busch
Neckarstr. 25
76199 Karlsruhe
Tel. 0721 89357760
E-Mailadresse: info@heilpraxis-busch.de

Hiermit bestätige ich Folgendes:

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass die Verarbeitung meiner Daten zum Zweck der medizinischen Behandlung (Anamnese, Befunderhebung, Diagnose, Therapie, Nachsorge etc.) sowie aufgrund des zugrunde liegenden Behandlungsvertrags erforderlich ist.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass die Einwilligung die Verarbeitung sensibler Daten (Gesundheitsdaten) umfasst.

Die zur sachgerechten Information erforderlichen Angaben habe ich vor der Datenerhebung von der verantwortlichen Person mitgeteilt bekommen.

Meine Einwilligung erfolgt freiwillig. Mir ist bekannt, dass ich nicht verpflichtet bin, diese Einwilligung zu erteilen. Erteile ich diese Einwilligung nicht, entstehen mir hierdurch keine Nachteile. Ohne Einwilligung kann jedoch grundsätzlich keine Behandlung durch den Verantwortlichen erfolgen.

Den Inhalt der abgedruckten Widerrufsbelehrung habe ich vor Erteilung der Einwilligung zur Kenntnis genommen.

Ort, Datum

Unterschrift des Erziehungsberechtigten

Widerrufsbelehrung

Diese Einwilligung kann jederzeit und ohne Angabe von Gründen widerrufen werden. Die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung wird dadurch nicht berührt. Gesetzliche Erlaubnistatbestände bleiben von einem Widerruf der Einwilligung unberührt. Im Falle des Widerrufs ist eine Fortsetzung der Behandlung durch den Verantwortlichen grundsätzlich nicht mehr möglich. Die Einwilligung kann mündlich oder schriftlich widerrufen werden. Der Widerruf ist zu richten an:

Martina Busch
Neckarstr. 25
76199 Karlsruhe
Tel. 0721 89357760
E-Mailadresse: info@heilpraxis-busch.de