



Naturheilpraxis

für traditionelle Naturheilkunde

Manuela Kiefer

Heilpraktikerin

An der Leiten 28, 85652 Plüning / Ottersberg

Tel. 08121 / 888 01 80

www.naturheilpraxis-kiefer.de - info@naturheilpraxis-kiefer.de

Patientenfragebogen

Die nachfolgenden Fragen dienen zur Klärung Ihres Krankheitsbildes. Die gewissenhafte Beantwortung liegt in Ihrem eigenen Interesse. Diese Befragung unterliegt selbstverständlich der Schweigepflicht.

Bitte bringen Sie ein großes Handtuch zur Behandlung mit.

Datum: _____

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Wohnort: _____

Telefon (Festnetz + Mobil): _____

e-mail-Adresse: _____

Beruf: _____

Größe / Gewicht: _____ Blutgruppe: _____

Hausarzt: _____

Zahnarzt: _____

Familienstand: _____ Anzahl d. Kinder: _____

Geb.jahr d. Kinder: _____

Versicherung/Beihilfe: _____

Wie sind Sie auf mich aufmerksam geworden? _____

Welches Ziel sollte die Behandlung haben? _____

Bitte bringen Sie zur Erstuntersuchung die **letzten Befunde**
(Laborwerte und Krankenhausberichte) in Kopie mit.

Außerdem bringen Sie bitte Ihren **Urin** für die Urinfunktionsdiagnostik mit.
Anleitung zur Uringewinnung siehe Anlage!

Wann waren Sie zuletzt stationär im **Krankenhaus / Kur** und warum? Wann?

Hatten Sie schon einmal eine **Strahlentherapie (Krebs)**?

Sind schwere oder chronische **Krankheiten in der Familie** (Eltern, Geschwister) bekannt?

Bitte markieren und ggf. ergänzen.

(z.B. Krebs, Tuberkulose, Geisteskrankheiten, Geschlechtskrankheiten, Selbstmord, Herzkrankheiten, Gefäßkrankheiten, Schlaganfall, Asthma, Zuckerkrankheit, Rheuma, Nierensteine, Gallensteine, Multiple Sklerose, Gicht, Allergien, Schuppenflechte, Neurodermitis, Migräne)

Welche **Infektionskrankheiten / Kinderkrankheiten** hatten Sie? *Bitte markieren und ggf. ergänzen.*

(z.B. Diphtherie, Keuchhusten, Masern, Röteln, Scharlach, Mumps, Windpocken, Pfeifferisches Drüsenfieber, Kinderlähmung, häufige Mandelentzündungen, Salmonellose, Gonorrhöe (Tripper), Syphilis, Tropenkrankheiten, Malaria usw...)

Welche **Impfungen** haben Sie? Wann war die letzte Impfung? Bitte Impfausweise mitbringen.

Gab es Reaktionen auf Impfungen?

Sonstige Medikamente / Genussmittel

Nehmen Sie **Medikamente oder Nahrungsergänzungsmittel**?

Welche? Seit wann? Dosierung (regelmäßig-zeitweilig)?

(auch Abführ-, Beruhigungs-, Schlaf- oder Kopfschmerzmittel, Pille oder andere Verhütungsmaßnahmen, auch *nicht Verschreibungspflichtige!*)

Ist eine **Unverträglichkeit** auf bestimmte Medikamente bekannt?

Konsumieren Sie **Genussmittel** wie Alkohol, Zigaretten, Drogen, ...?

Welche? Wieviel? Regelmäßig?

Hatten Sie mal o.g. Genussmittel konsumiert?

B-Symptomatik

1. Haben Sie innerhalb der letzten 6 Monate mehr als 6 kg zu- oder abgenommen?
2. Schlafen Sie schlecht, leiden Sie unter Nachtschweiß?
3. Haben Sie leichte Temperaturerhöhung?

Verdauung / Stoffwechsel / Hormone

Ernährung /Vorlieben/Essenszeiten (salzig-pikant-sauer-süß-Fleisch-Wurst-Milchprodukte-Gemüse-Rohkost):
(Leben Sie nach bestimmten Ernährungsrichtlinien? Verwenden Sie auch Zuckersatzstoffe?)

Besteht häufiger Übelkeit oder Erbrechen?:

Stuhlgewohnheiten: (täglich, jeden _Tag, unregelmäßig, Durchfall, Verstopfung, Einnahme von Abführmitteln)

Stuhlbeschaffenheit: (Geruch?, Farbe? Konsistenz?)

Durstgefühl / Trinkmenge / Getränkeart:

Wasserlassen / Urinbeschaffenheit: (Brennen, Druckgefühl, Erschwertes Wasserlassen, Nächtliches Wasserlassen, usw.)

Besteht aktuelle eine Schwangerschaft? SS-Woche?

Hatten Sie schon mal eine Fehlgeburt, Totgeburt, **Schwangerschaftsunterbrechung**?

Menarche (1. Periode im Jugendalter) / Menopause (letzte Periode / Wechseljahre)

Menstruationsablauf (Dauer, Stärke, Schmerzen, Zykluslänge):

Letzte Menstruation (Beginn und Ende)

Sonstige gynäkologische Beschwerden?

(Ausfluss, Eierstockentzündung, Ausschabung, Tumore, Zysten, Myome, Geschlechtskrankheiten usw.)

Reiseanamnese

Waren Sie im letzten halben Jahr im **Ausland**? Wann? Wie lange? Wo?

Soziale Anamnese

Schlafgewohnheiten:

Übliche Schlafzeiten, Einschlafstörungen, Durchschlafstörungen (Uhrzeit!), Schlaflosigkeit

Fühlen Sie sich häufig **einsam**? _____

Haben Sie Schwierigkeiten mit Ihrem **Partner / Familie**? _____

Sind Sie mit Ihrer derzeitigen **beruflichen Tätigkeit** unzufrieden? _____

Sind Sie mit Ihrer derzeitigen **Wohnung** unzufrieden? _____

Sind Sie mit Ihrer **Nachbarschaft** unzufrieden? _____

Haben Sie noch andere **Sorgen** oder Schwierigkeiten? _____

Meinen Sie, dass Sie in Ihrem Leben zu wenig **Erfolg** gehabt haben? _____

Machen Sie sich Sorgen um Ihre **Zukunft**? _____

Treiben Sie weniger als 2 x wöchentlich **Sport**? _____

Fühlen Sie sich gestört durch z.B. Lärm, Staub, Rauch, Abgase, Schichtarbeit? _____

Haben Sie Kontakt mit **Tieren**? _____

Zähne

Haben Sie Inlays, Kronen, Brücken, Implantate usw.? _____

Haben Sie wurzelbehandelte Zähne? _____

Welche Zähne sind betroffen? _____

Welches Material wurde hierzu verwendet?

Amalgam Kunststoff Gold Keramik Sonstiges _____

Hatten oder haben Sie Amalgamfüllungen? _____

Wann wurden Amalgamfüllungen entfernt? _____

Wurde eine Amalgamausleitung durchgeführt? _____

Wenn ja, wann und wie? _____

Knirschen oder pressen Sie mit den Zähnen während des Schlafes? _____

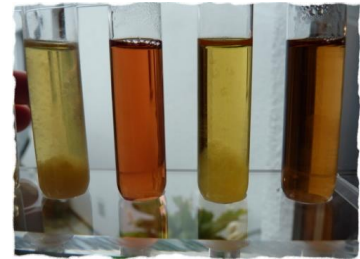
ÜBERSICHT

Hatten Sie schon eine der folgenden Krankheiten?	Ja	Nein	Weiß nicht	Familie
Thypus / Parathypus / Ruhr				
Tuberkulose (Tbc)				
Kopfschmerz / Migräne				
Grüner Star, Glaukom				
Ohrenbeschwerden				
Nasen-Nebenhöhlenentzündungen				
Schilddrüsenkrankheiten				
Lungen-, Rippenfellentzündung, öfter Brochnitis				
Asthma, Heuschnupfen, Allergien				
Hoher Blutdruck				
Schlaganfall, Lähmungen				
Herzinfarkt				
Andere Herzkrankheiten, Gefäßleiden, Arteriosklerose				
Bluter, leicht blaue Flecken?				
Krampfadern, Thrombose, offene Beine				
Hämorrhoiden / Blut im Stuhl				
Magen- oder Zwölffingerdarmgeschwür				
Darminfarkt				
Gelbsucht, Leberkrankheiten				
Gallensteine				
Magen- oder Darmerkrankungen				
Nieren-, Nierenbecken- oder Blasenentzündungen				
Nieren-, Harnleiter- oder Blasensteine				
Krankheiten der Vorstehdrüse (Prostata)				
Krankheiten der weiblichen Unterleibsorgane				
Syphillis, Tripper, Aids (Test?)				
Hautkrankheiten				
Nervöse Beschwerden, Nervenzusammenbruch				
Epilepsie (Krampfanfälle)				
Zuckerkrankheit (Diabetes)				
Übergewicht				
Gicht, Weichteilrheuma				
Gelenkrheumatismus mit Fieber				
Andere Krankheiten der Gelenke oder der Wirbelsäule				
Muskelschmerzen				
Knochenbrüche, Unfälle, Kriegsverletzungen				
Blutarmut, Blutkrankheiten				
Krebs (einschl. Blutkrebs)				
Infektionskrankheiten nach Auslandsaufenthalten				
Psychiatrische Erkrankungen / Behandlung?				
Andere Krankheiten (Wenn ja, welche?)				

Anlage Uringewinnung

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

bei Ihnen ist eine traditionelle Urinfunktionsdiagnostik vorgesehen.
Hierzu möchte ich Ihnen noch einige Informationen geben:



Was habe ich am Abend vor der Urinentnahme zu beachten?

Idealerweise essen Sie bitte 12 Stunden vorher nichts mehr. Es wird auch empfohlen, vor dem Schlafen nur noch geringe Mengen Wasser zu trinken, um ein nächtliches Wasserlassen zu vermeiden.

Die Urinentnahme am Morgen

Bitte besorgen Sie sich aus der Apotheke einen Urinbecher.

Hierin fangen Sie den erstgelassenen Urin nach der Nacht (Morgenurin) auf und füllen den Becher zu $\frac{3}{4}$ voll.

Sollten Sie nachts zur Toilette müssen, nehmen Sie bitte den Urin, der am längsten im Körper war.

Müssen Sie z.B. um 1 Uhr zur Toilette, verwenden Sie den Morgenurin.

Müssen Sie aber erst um 4 oder 5 Uhr zur Toilette, nehmen Sie bitte schon diesen Urin.

Wie bewahre ich den Urin bis zum Termin auf?

Stellen Sie bitte den Urin kühl. Hierzu reicht ein kühler Raum.

An heißen Tagen kann es erforderlich sein, den Urin in den Kühlschrank zu stellen.

Anlage Ausfüllhilfe „Schmerzangaben“

Schmerzskala für den Hauptschmerz

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Schwach				mittel					stark

Häufigkeit

Immer, mehrmals am Tag, alle paar Tage, wöchentlich, seltener

Empfinden

Ziehend, brennend, stechend, klopfend, drückend, krabbelnd, reißend, kolikartig, krampfend, dumpf, beengend, bohrend

Modalitäten: Was verschlimmert oder verbessert?

Körperliche Belastung, Bewegung, längeres Stehen, Sitzen, Gehen, Stress, Kälte, Wärme, Nahrungsmittel, Husten, Niesen, Tageszeit, Wetterlage, Monatsblutung, Ruhe, Schlaf, Urlaub

Sonstige Begleitsymptome

Hautrötung, Blässe, Schwellung, Berührungsempfindlichkeit, Schweißbildung, Seh- und Hörstörung, Gangunsicherheit, Muskelschwäche, Schwindel, Bewegungseinschränkung

Anlage Patienteninformation Datenschutz gemäß DSGVO

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten ist für mich sehr wichtig. Nach der DSGVO (EU-Datenschutz-Grundverordnung) bin ich verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck meine Praxis Daten erhebt, speichert, weiterleitet oder sonst verarbeitet. Der Information können Sie auch entnehmen, welche Rechte Sie haben.

1. Verantwortlichkeit für die Datenverarbeitung

Verantwortliche Person für die Datenverarbeitung ist Manuela Kiefer

Praxisname: Naturheilpraxis Kiefer

Adresse: An der Leiten 28, 85652 Pliening / Ottersberg

Kontaktdaten: 08121 / 888 01 80 - info@naturheilpraxis-kiefer.de

2. Zweck der Datenverarbeitung

Die Datenverarbeitung erfolgt, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und mir, Ihrer Heilpraktikerin erfüllen zu können.

Ich verarbeite Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Ihre Gesundheitsdaten. Dazu zählen Anamnesen, Diagnosen, Therapievorschläge und Befunde, die ich oder andere Behandlungspersonen (Ärzte/Heilpraktiker usw.) erheben bzw. erhoben haben. Zu diesen Zwecken können mir auch andere Ärzte oder Psychotherapeuten, bei denen Sie in Behandlung sind, Daten zur Verfügung stellen (z.B. in Arztbriefen).

Die Erhebung von Gesundheitsdaten ist Voraussetzung für Ihre Behandlung. Werden die notwendigen Informationen nicht erhoben oder bereitgestellt, kann eine sorgfältige Behandlung durch meine Praxis nicht erfolgen.

3. Empfänger ihrer Daten

Ich übermittle Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder wenn Sie hierzu Ihre Einwilligung erteilt haben.

Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten können vor allem andere Heilpraktiker / Ärzte / Psychotherapeuten / Physiotherapeuten, Labore, Krankenversicherungen und Verrechnungsstellen sein.

Die Übermittlung erfolgt überwiegend zum Zwecke der Abrechnung der bei Ihnen erbrachten Leistungen bzw. zur Erfüllung eines Auftrages (Laboruntersuchung). Im Einzelfall kann die Übermittlung von Daten an weitere berechnigte Empfänger erfolgen.

Hinweis zum Datenschutzrecht bei Laboruntersuchung

Blutlabor:

Mit der Blutabnahme zur Labordiagnostik erklären sie sich damit einverstanden, dass die o.g. personenbezogenen Daten an das Labor übermittelt werden. Mit dem Partnerlabor wurde ein Vertrag im Sinne der Auftragsdatenverarbeitung nach Art. 28 DSGVO geschlossen.

Stuhl- und Speichellabor:

Der Probenversand inkl. des entsprechenden Laborauftrags mit den entsprechenden Daten erfolgt durch den Patienten selbst. Der Vertrag über die Laboruntersuchung kommt also unmittelbar zwischen Patient und Laborarzt zustande. Somit erfolgt auch die Rechnungsstellung direkt an den Patienten. Mit dem Vertrag erklärt sich der Patient einverstanden, dass die Laborwerte direkt der behandelnden Heilpraktikerin (in diesem Fall der Naturheilpraxis Kiefer) übermittelt werden.

4. Speicherung ihrer Daten

Ich bewahren Ihre personenbezogenen Daten nur solange auf, wie dies für die Durchführung der Behandlung erforderlich ist. Aufgrund rechtlicher Vorgaben bin ich allerdings dazu verpflichtet, diese Daten mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren (§ 630f BGB). Nach anderen Vorschriften können sich längere Aufbewahrungsfristen ergeben, zum Beispiel 30 Jahre bei Röntgenaufzeichnungen laut § 28 Abs. 3 der Röntgenverordnung.

5. Ihre Rechte

Sie haben das Recht, über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten Auskunft zu erhalten und können die Berichtigung unrichtiger Daten verlangen.

Darüber hinaus steht Ihnen unter bestimmten Voraussetzungen das Recht auf Löschung von Daten, das Recht auf Einschränkung der Datenverarbeitung sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit zu.

Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt auf Basis von gesetzlichen Regelungen. Nur in Ausnahmefällen benötige ich 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 mich zuständigen Aufsichtsbehörde lautet:

Bayerisches Landesamt für Datenschutzaufsicht (BayLDA)

Promenade 27 (Schloss), 91522 Ansbach, www.lda.bayern.de

6. Rechtliche Grundlagen

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist Art. 9 Abs. 2h DSGVO i.V.m. § 22 Abs. 1 Nr. 1b BDSG, Art. 6 Abs. 1b DSGVO.

Sollten Sie Fragen haben, können Sie sich gerne an mich wenden.

Ihre Heilpraktikerin

Manuela Kiefer

Honorarvereinbarung

Ich, _____,

möchte bei

Frau Manuela Kiefer, Heilpraktikerin behandelt werden.

Ich wurde darüber aufgeklärt,

- wie hoch die voraussichtlichen Untersuchungs- und Behandlungskosten sein werden
- dass die von mir gewünschten Leistungen nicht von meiner gesetzlichen Krankenkasse übernommen werden.
- dass eine bestehende private Krankenversicherung oder die Beihilfe die entstehenden Kosten möglicherweise / voraussichtlich, je nach bestehendem Vertragsverhältnis, nicht oder nur teilweise übernimmt und ich für eine entsprechende Klärung selbst Sorge tragen muss.
- dass die bei dieser Privatbehandlung entstehenden Kosten unabhängig von jeglicher Versicherungs- und/oder Beihilfeleistung in voller Höhe von mir zu begleichen sind.

Die Patienteninformation zum Datenschutz wurde mir zur Kenntnis gegeben bzw. habe ich erhalten.

Ottersberg, _____

Manuela Kiefer

Unterschrift des Patienten

Manuela Kiefer, Heilpraktikerin