Irina Töltl
Heilpraktikerin
Yogalehrerin

Anamnese – Fragebogen Behandlungsvertrag/Datenschutz

Praxis für Regulationsmedizin * Fischeräckerstr. 46 * 75417 Mühlacker * 07041-861470

Name _____ Geburtstag _____

Vorname _____ Tel. privat _____

Straße _____ Tel. Beruf _____

PLZ- Ort _____ Mobil _____

Beruf _____ E-Mail _____

Wer hat uns empfohlen? _____ Familienstand/Kinder _____

Versicherung: □ Gesetzlich (AOK, DAK usw.) □ Beihilfe/Post □ Privat-Versicherung

Anleitung

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen genau aus. Bei den Beispielen genügt es zu unterstreichen, sofern diese zutreffen; ansonsten mit eigenen Worten beantworten. Bitte nehmen Sie sich genug Zeit.

Was ist Ihr Wunsch an uns? Was ist Ihr Ziel?

Was war unmittelbar vor dem ersten Auftreten Ihrer jetzigen Beschwerden?
z.B. eine Erkrankung, Kummer, Trauer, Schreck, Operation, Hautausschläge, Medikamente usw.

Welche Krankheiten sind Ihnen in Ihrer Familie bekannt? Eltern, Großeltern, Geschwister.
z.B. Krebs, Tuberkulose, Geisteskrankheiten, Geschlechtskrankheiten, Selbstmord, Herzkrankheiten, Gefäßkrankheiten, Schlaganfall, Asthma, Zuckerkrankheit, Rheuma, Nierensteine, Gallensteine, Multiple Sklerose, Gicht, Allergien, Schuppenflechte, Neurodermitis, Migräne.

Impfungen-Allergien

Welche Auffrisch-Impfungen haben Sie bekommen? **Bitte Impfausweis mitbringen.**
z. B. Tuberkulose (BCG), Polio, Diphetherie, Tetanus, Hepatitis, Cholera, Gelbfieber, Grippe, Zecken usw.

Gab es Reaktionen auf Impfungen?
z. B. Fieber, Krämpfe, Unruhe, Schlaflosigkeit, Verhaltensveränderungen.

Welche Infektionskrankheiten Sie als Kind durchgemacht?
Masern, Mumps, Röteln, Keuchhusten, Windpocken, Scharlach, Pfeiffer´sches Drüsenfieber, Ruhr, Gonorrhöe (Tripper), Syphilis, Tuberkulose usw.

Infekte Husten, Schnupfen, Bronchitis, Mittelohrentzündung, Mandelentzündung
Wenn ja, wie häufig?

Gibt es Allergien?
Nahrungsmittel _____

Pollen oder andere/wann _____

Kopf

Leiden Sie unter Kopfschmerzen? Falls ja,
häufig, selten, Stirn-Augen-Schläfen-Hiterhauptregion, morgens – abends
halbseitig – links – rechts – doppelseitig

Haare haarausfall, kreisrunder – vereinzelter, seit wann? _____

Augen Bindehautentzündung, kurzsichtig, weitsichtig, Grauer Star, Makula-Degeneration usw.

Ohren links / rechts _____ Tinnitus seit _____ Schwerhörigkeit seit _____ andere _____

Zähne / Kiefer Wurden bei Ihnen Amalgamfüllungen entfernt? O Ja O Nein
Wurde eine Amalgamausleitung durchgeführt? O Ja O Nein

Zahnfüllmaterialien O Amalgam O Kunststoff O Gold O Keramik

Nase Operationen, Nasennebenhöhlenentzündungen, behinderte Nasenatmung, Nase verstopft

Mandeln Operation, häufig Mandelentzündungen als Kind / heute

Schilddrüse Überfunktion, Unterfunktion, Vergrößerung, Operation

Brust und Bauch

Herz Beschwerden, Stechen, Druckgefühl, Infarkt, Beklemmung, Rhythmusstörungen

Lunge Bronchitis, häufig Husten

Leber Entzündung – Hepatitis

Galleblase Steine, Koliken, Operation, Druck im Oberbauch, Fettunverträglichkeit
Keine, seit wann_____

Magen Völlegefühl, Gastritis, Appetitlosigkeit, Nahrungsmittelallergien _____

Darm Infektionen, Hämorrhoiden, Blinddarmoperation, Blähungen – Geruch _____

Stuhlgang täglich, jeden 2.3.4. Tag, unregelmäßig, riecht nach: _____
Neigung zur Verstopfung, Neigung zum Durchfall, **Konsistenz: schnittfest**
Stuhl hell, dunkel, übel riechend, hart, knollig, weich, schmierig, pastenartig,
kann Stuhl nicht halten, Gefühl, nicht fertig zu werden, Stuhlgang wechselhaft usw.

Rücken – Arme – Beine – Haut

Arme Verletzungen, Schmerzen, Tennisellenbogen, Kribbeln, kalte Hände usw.
Beine Verletzungen, Schmerzen, Krampfadern, Operationen, Verletzungen, kalte Füße, Kribbeln, Taubheitsgefühl

Rücken Beweglichkeit, Verspannungen, Belastungen, Rheuma

Haut / Nägel Verbrennungen, Geschwüre, Hautjucken, Warzen, Pilze, eingewachsene Nägel, Nagelbettentzündungen

Narben **Haben Sie durch Operationen oder Verletzungen Narben?**
○ Ja – bitte unbedingt beim Besuch zeigen – auch kleine
○ Nein

Unterleib – Gynäkologie

Gynäkologie Ausfluss - Eierstockentzündungen, Ausschabungen, Fehlgeburten, Tumore, Zysten, Myome, Geschlechtskrankheiten usw.

Menses Wann war die erste Menses? _____ Wann die letzte? _____

Beschwerden – vor – nach – während der Regel, welche? _____

Klimakterische Beschwerden: _____

Nehmen Sie Verhütungsmittel? Welche? _____

Prostata vergrößert, Entzündungen gehabt, aktuell, Beschwerden beim Wasserlassen

Niere / Blase Nierensteine, Entzündungen – häufig

Harn viel, wenig, häufig, kann nicht halten, Geruch nach: _____

Sexualität vermindert, verstärkt, unbefriedigt, Beschwerden beim Geschlechtsverkehr

Allgemeines

Mein aktuelles Körpergewicht _____ **Meine Körpergröße** _____

Meine Blutgruppe _____ **Mein Blutdruck** _____

Trinken Sie Alkohol? _____ **Rauchen Sie?** _____

Leben Sie nach bestimmten Ernährungsrichtlinien? _____

Wie viel Liter und was trinken Sie pro Tag? _____

Nehmen Sie Zuckerersatzstoffe zu sich? _____

Vorhandene Befunde und Laborwerte bitte mitbringen, in Kopie!

Treiben Sie Sport? Welchen, seit wann? _____

Wie oft in der Woche? _____

Schlaf Schlaflosigkeit, häufiges Erwachen (Uhrzeit _____), Sprechen im Schlaf
Schwierigkeiten beim Einschlafen, Unruhe in den Beinen,
Nachtschweiß, heiße Füße, Zähneknirschen

Schlafzeit übliches zu Bett gehen: _____ übliches Aufstehen: _____

Schmerzfragen

Wo treten Schmerzen auf? _____

- punktförmiger Schmerz
- unklare Schmerzlokalisation
- ausstrahlender Schmerz, wohin? _____

Schmerzskala für den Hauptschmerz

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

Seit wann haben Sie die Schmerzen? _____

Gab es ein auslösendes Ereignis? _____

Wie oft haben Sie die Schmerzen? Immer, mehrmals am Tag, alle paar Tage, wöchentlich, seltener

Wie ist das Schmerzempfinden? Ziehend, brennend, stechend, klopfend, drückend, kolikartig, krampfend, dumpf, beengend, bohrend

Welche Ereignisse verschlimmern? Körperliche Belastung, längeres Stehen, Sitzen, Gehen, Stress
Kälte, Wärme, Nahrungsmittel, Husten, Niesen, Tageszeit _____
Wetterlage, Monatsblutung, Sonstiges _____

Welche Ereignisse verbessern? Ruhe, Schlaf, Bewegung, Kälte, Wärme, Sport, Schmerzmittel

Andere Symptome zum Schmerz Hautrötung, Blässe, Schwellung, Berührungsempfindlichkeit, Schweißbildung, Seh- oder Hörstörungen, Gangunsicherheit, Muskelschwäche, Müdigkeit, Schwindel, Bewegungseinschränkung

Sonstiges _____

Schmerzbehandlung bisher, wie? _____

Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit ein?
Bitte Beipackzettel oder Medikament mitbringen. Auch Nahrungsergänzungsmittel angeben und mitbringen.

Chronologie der Krankengeschichte
Bitte erfassen Sie alle bisherigen Erkrankungen und Operationen, die Sie durchgemacht haben.

Allgemeine Geschäftsbedingungen

Praxis für Regulationsmedizin
Irina Töltl, Heilpraktikerin
Fischeräckerstr. 46, 75417 Mühlacker

Inhalt der Behandlung

Es kommen überwiegend wissenschaftlich nicht anerkannte aber bewährte Verfahren der Naturheilkunde zum Einsatz.

Die Behandlungen / Therapien stützen sich auf einen ganzheitlichen Ansatz und verfolgen das Ziel der ursächlichen Gesundung, wobei ein Erfolg nicht garantiert werden kann.

Erreicht werden sollen auch eine Veränderung der Einstellung zur Erkrankung und zum Lebensstil, die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit und eine verantwortliche Einstellung zur eigenen Gesundheit

Einverständniserklärung/Abrechnung

Der **Behandlungsvertrag** kommt ausschließlich zwischen der Heilpraktikerin und mir, als Patient/in zustande.

Ich erkläre hiermit, dass die bei mir durchzuführende Diagnostik und die nachfolgenden Therapien von mir gewollt und verlangt sowie mit dem Therapeuten besprochen worden sind. Ich wurde ausführlich über alle Diagnose-Therapieverfahren, deren Ausführung und Wirkung aufgeklärt und habe diese Erkllärung verstanden. Ich erkläre mich mit der Anwendung und Durchführung der Diagnose und Therapie ausdrücklich einverstanden. Ich stimme ebenso der Nutzung meiner Daten gemäß unten stehender Datenschutzerklärung zu.

Das Honorar für die Behandlung durch den Heilpraktiker ist vom Patienten selbst zu bezahlen. Das Honorar ist nicht erfolgsabhängig.

- **Abgerechnet wird in der Regel in Anlehnung GebüH Höchstsatz. Die Beträge können allerdings auch über denen der GebüH liegen**. Das gleiche gilt auch für Beihilfe. Hier wird nicht nach **Schwellenwert abgerechnet**!

Mir ist bewusst, dass auch bei Vorhandensein einer Zusatzversicherung diese Leistung eine rein private Leistung darstellt. Ich erkläre und bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich den Rechnungsbetrag in voller Höhe und unabhängig von einer Kostenübernahme durch eine Kostenübernahme durch eine Versicherung bezahle.

Bezüglich der Erstattung nehmen Sie folgendes zur Kenntnis:

- Die Kosten der Therapien sowie der verordneten Heilmittel werden in aller Regel nicht durch die gesetzliche Krankenkassen (GKV) übernommen.
- Eine Übernahme der Behandlungskosten und Heilmittel durch Beihilfefestsetzungsstellen unterliegt der Einzelprüfung und erfolgt daher nicht immer.
- Die Übernahme der Behandlungskosten sowie der verordneten Heilmittel durch die privaten Krankenversicherungen erfolgt sehr unterschiedlich. Dieses hängt vom jeweiligen Tarif ab oder davon, ob es sich um eine Voll- oder Zusatzversicherung handelt. Auch hier erfolgt eine Einzelprüfung.
- Sollte die Krankenversicherung/-kasse oder Beihilfe die Kosten nicht oder nur teilweise übernehmen, muss der/die Patient/in die Kosten selbst aufkommen.
- Die Mitglieder einer privaten Krankenversicherung (Voll oder Zusatz), sowie Beihilfeberechtige können ggf. einen (Teil-)Erstattungsanspruch gegen ihren Versicherer haben. Einen etwaigen Anspruch der/die

Patient/in selbstständig bei seinem Versicherer zu erfragen. Hierzu erhält der/die Patient/in eine Rechnung **in Anlehnung** nach der Gebührenordnung für Heilpraktiker von 1985.

- **Abgerechnet wird in der Regel in Anlehnung GebüH Höchstsatz. Die Beträge können allerdings auch über denen der GebüH liegen**. Das gleiche gilt auch für Beihilfe. Hier wird nicht nach **Schwellenwert abgerechnet**!
- Einige Therapieverfahren sind noch nicht in direkter Nennung in das Gebührenverzeichnis eingegangen. Aus diesem Grund werden diese Therapien analog zu anderen Gebührenziffern oder nach dem üblichen Abrechnungssatz-**Höchstsatz-** abgerechnet. Dies gilt z. B. für den Bereich der elektro-physikalischen Heilmethoden.
- Die Therapiemaßnahmen sind stets betreuungsintensiv und erfordern einen erhöhten Zeitaufwand. Aus diesem Grund können **einzelne Abrechnungsziffern mehrfach angewendet werden**.

In der Praxis werden verbindliche Termine ohne lange Wartezeiten vereinbart. Sollte der/die Patient/in unentschuldigt einen Termin nicht wahrnehmen oder einen vereinbarten Termin nicht **spätestens 24 Stunden** vorher absagen (**Werktags von Montag bis Freitag**, *Sa.-So.- und Feiertage sind nicht inbegriffen*!), wird ihm/ihr die **Kostenpauschale von 100€** für ausgefallenen Termin in Rechnung gestellt.

Das gleiche gilt für die Termine die zwar wahrgenommen werden, müssten aber wegen dem Eigenverschulden durch Patienten abgebrochen werden.

Das Honorar ist **unabhängig** von der Erstattung durch eine gesetzliche, private oder private Zusatzversicherung, Beihilfe oder sonstigen Erstattungsansprüchen nach Rechnungstellung **sofort fällig** und in Bar, per EC-Karte oder per Überweisung zu bezahlen. Die Rechnung wird per Post über Abrechnungsfirma Mediserv oder per Email versendet.

Datenschutz
Zuständig für den Datenschutz ist: Naturheilpraxis Irina Töltl, Fischeräckerstr. 46, 765417 Mühlacker

Die mit der Anmeldung/ Behandlung aufgenommen personenbezogene Daten müssen wir erheben und verarbeiten.
Wir nutzen diese ausschließlich zur Bearbeitung gemäß dieses Behandlungsvertrages und der allgemeinen therapeutischen Betreuung.
Ebenso geben wir diese Daten an Dritte weiter: An unser Labor mit Versendung durch Transportunternehmen, an Apotheken oder Firmen für Fachbedarf bei der Bestellungen für Sie, an die Abrechnungsstelle.
Dies erfolgt unter strikter Beachtung der gesetzlichen datenschutzrechtlichen Vorschriften.
Sie können der Versendung Ihrer Daten, auch bei jetziger Zustimmung zu diesem Zweck , jederzeit widersprechen. Wenden Sie sich hierzu bitte an
kontakt@irina-toeltl.de
Wir verwenden Ihre Daten ferner zum Zwecke der Post- oder/und Email-Versendung von Rechnungen.
Ihre Daten werden nach der gesetzlichen Aufhebungsfrist von 10 Jahren gelöscht.

Ich stimme der Nutzung meiner Daten gemäß dieser Erklärung zu.

Ort / Datum_____ Unterschrift _____
Bei Minderjährigen Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten