

# Anamnesebogen

## A) Allgemeine Angaben zur Person und zur Abrechnung

Nachname, Vorname:

---

Geburtsdatum:

---

Straße, Hausnummer:

---

PLZ, Ort

---

Geschlecht:

Telefonnummer:

---

Beruf:

E-Mail Adresse:

---

Aktuelles Gewicht:

Körpergröße:

---

Krankenversicherung:  Gesetzlich  Privat  Beihilfe

## B) Ihre Ziele

Was wollen Sie verbessern?:

---

---

Was erwarten Sie von meiner Therapie/Behandlung?

---

---

Bisherige Versuche, die Ziele zu erreichen:

---

---

Wann war Ihr letzter Arzt-/Heilpraktikerbesuch? \_\_\_\_\_

Weshalb? \_\_\_\_\_

Welche Diagnosen/Erkrankungen wurden ärztlicherseits festgestellt?

---





# Behandlungsvertrag

Sonstiges, worüber Sie mich gerne informieren möchten:

---

---

## Einverständniserklärung

Bitte ankreuzen, wenn zutreffend:

Ich wurde von Frau Adam über die voraussichtlichen Kosten in Höhe von ca. 90 € pro Behandlungseinheit (60 Minuten) bzw. 45 € (30 Minuten) und ca. 120 € - 180 € für das Erstgespräch (60 - 90 Minuten) vorab informiert.

Ich wurde zudem darüber informiert,

- dass die gesamten Kosten von einer gesetzlichen Krankenversicherung **nicht** übernommen werden
- dass die Kosten von einer eventuell bestehenden privaten Krankenversicherung, privaten Zusatzversicherung und/oder Beihilfestelle möglicherweise **nicht oder nur teilweise** übernommen werden
- dass die entstehenden Untersuchungs- und Behandlungskosten unabhängig von Versicherungs- und/der Beihilfeleistungen in voller Höhe an Frau Adam zu bezahlen sind.

**Hinweis:** Falls Sie einen Termin einmal nicht einhalten können, bitte ich Sie, diesen frühestmöglich oder bis spätestens 24 h vorher abzusagen. Da ich ausreichend Zeit für Vorbereitung und Behandlung für Sie reserviere, behalte ich mir vor, bei Nichterscheinen den vollen Stundensatz pro Termin in Rechnung zu stellen.

Vielen Dank für Ihr Verständnis.

---

Datum

Name, Vorname

Unterschrift

## **Patienteninformation gem. der Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO)**

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 erhebe, speichern und ggf. an Dritte weiterleiten und welche Rechte Ihnen bezüglich Ihrer Daten zustehen. Im Einzelnen führe ich insofern wie folgt aus:

1. Die Verantwortliche für die Verarbeitung der Patientendaten ist:

Tanja Adam

Ahornstraße 4,

23701 Eutin

Tel. 04521 8594877

[kontakt@mitomedic.de](mailto:kontakt@mitomedic.de)

2. Leistungserbringer (Heilpraktiker, Ärzte, Physiotherapeuten, Apotheker, Labormitarbeiter, usw.), Krankenversicherungen oder auch eine Verrechnungsstelle sein. 4. Ihre personenbezogenen Daten werden in der Praxis noch mindestens 10 Jahr nach Abschluss der Behandlung aufbewahrt ( § 630 f BGB). Unter Umständen können sich nach anderen gesetzlichen Bestimmungen auch längere Aufbewahrungsfristen ergeben (beispielsweise müssen Aufzeichnungen über Röntgenbehandlungen gem. § 28 Abs. 3 RöV noch mindestens 30 Jahre nach der Behandlung aufbewahrt werden.
  3. Ein ständiger Vertreter oder Datenschutzbeauftragter ist in der Praxis nicht vorhanden.
  4. Ihre personenbezogenen Daten werden zum Zwecke der heilkundlichen Versorgung sowie zur Abrechnung der Leistungen erhoben und im automatisierten Praxisverwaltungssystem und in den händischen Patientenakten gespeichert. Bei den Daten handelt es sich neben Ihren Kontaktdaten insbesondere um Gesundheitsdaten wie Anamnese, Medikation, Diagnosen, Therapievorschläge, Befunde usw. Auch Heilpraktiker/Ärzte, bei denen Sie sich in Behandlung befinden, können uns 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 notwendige Voraussetzung für eine adäquate und sorgfältige Behandlung.
- Leistungserbringer (Heilpraktiker, Ärzte, Physiotherapeuten, Apotheker, Labormitarbeiter, usw.) zu Krankenversicherungen oder auch eine Verrechnungsstelle sein. 4. Ihre personenbezogenen Daten werden in der Praxis noch mindestens 10 Jahr nach Abschluss der Behandlung aufbewahrt (§ 630 f BGB). Unter Umständen können sich nach anderen gesetzlichen Bestimmungen auch längere Aufbewahrungsfristen ergeben (beispielsweise müssen Aufzeichnungen über Rontgenbehandlungen gem. § 28 Abs. 3 RoV noch mindestens 30 Jahre nach der Behandlung aufbewahrt werden.

## 5. Einverständniserklärung zur Erhebung / Übermittlung von Patientendaten

Ich bin damit einverstanden, dass meine personenbezogenen Daten von Frau Tanja Adam zum Zweck der heilkundlichen Versorgung und Abrechnung der Leistungen erhoben, verarbeitet und genutzt wird. Bei den Daten handelt es sich um meine Kontakt- und Gesundheitsdaten wie Anamnese, Medikation, Diagnosen, Therapievorschläge, Befunde usw. bin damit einverstanden, dass Frau Adam, mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde, an Heilpraktiker und Ärzte, Physiotherapeuten, Apotheker, Labormitarbeiter usw. zum Zweck der weiteren Behandlung und entsprechenden Dokumentation übermittelt und/oder bei Heilpraktikern, Ärzten, Physiotherapeuten, Apothekern, Labormitarbeitern usw. Behandlungsdaten und Befunde erhebt, die für meine heilkundliche Versorgung erforderlich sind, und für diese Zwecke verarbeitet und nutzt. Ich bin damit einverstanden, dass meine Befunde und alle weiteren Dokumente, die im Zusammenhang mit der bei mir vorgenommenen Behandlung stehen, an die hier genannte Adresse zugesendet werden.

E-Mail Adresse: \_\_\_\_\_

Mir ist bekannt und ich bin einverstanden, dass die E-Mail unverschlselt und ohne besondere Sicherungsmaßnahmen an mich versendet wird. Mir ist bewusst, dass nicht ausgeschlossen werden kann, dass unbefugte Personen oder gar fremde Dritte meine vertraulichen Daten erhalten, einsehen, verwenden oder verändern können, da keine vollständige Sicherheit in Bezug auf Geheimhaltung der übermittelten Daten und Informationen vor unberechtigten Zugriffen gewährleistet wird. Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann. Die Widerrufserklärung kann jederzeit schriftlich an die Praxisanschrift gerichtet werden. Diese Erklärung erfolgt freiwillig.

---

Ort, Datum Unterschrift