

Liebe Patienten und Patientinnen,

nach dem Patientenrechtegesetz sind Heilpraktiker ebenso wie Ärzte zur Aufklärung ihrer Patienten verpflichtet. Dieser Pflicht kommen wir mit dieser Aufklärungsbogen nach. Er dient Ihrer Information. Bitte lesen Sie ihn aufmerksam durch, beantworten Sie die folgenden Fragen und unterschreiben Sie die Einwilligung zur Behandlung am Ende des Bogens.

Patientenname _____

Versicherungsstatus Gesetzlich Privat Beihilfe

Vorerkrankungen Liegen bei Ihnen chronische Vorerkrankungen vor (z.B. Bluthochdruck, Allergien, Diabetes)?

Nein Ja, folgende:

Wurden Operationen durchgeführt? Wenn ja, wann und welche Art?

Nein Ja, folgende:

Medikamente Nehmen Sie dauerhaft Medikamente ein? Wenn ja, welche?

Nein Ja, folgende:

Mögliche Komplikationen & Risiken

In der Regel sind chiropraktische und alternativmedizinische Maßnahmen ohne Nebenwirkung. Sollten bei Ihnen außergewöhnliche Störungen auftreten, informieren Sie uns bitte umgehend. Nach einer Behandlung können vorübergehend auftreten: Müdigkeit/Abgeschlagenheit, Muskelkater ähnliche Schmerzen, leichte Kopfschmerzen, leichter Schwindel und evtl. Kreislaufsymptome, leichte Beschwerden an den behandelnden Gelenken und der umgebenen Haut.

Ausfallgebühr

Um unseren Patienten einen geordneten Behandlungsablauf zu bieten, arbeiten wir mit einem eng geplanten Terminkalender. Wenn Sie Ihren Termin einmal nicht wahrnehmen können, teilen Sie uns dies bitte 24h vor Behandlungsbeginn mit. Wir bitten um Ihr Verständnis, dass Ihnen bei fehlender Absage die entstandenen Kosten als Ausfallgebühr in Rechnung gestellt werden.

Behandlungskosten

Die Behandlungskosten werden direkt im Anschluss an die jeweilige Behandlung in Rechnung gestellt. Bitte informieren Sie sich im Vorfeld über mögliche Erstattung durch Ihre Krankenkasse. Je nach Tarif werden Heilbehandlungen in der PKV oder Beihilfe ganz oder teilweise erstattet. Für Patienten der GKV besteht die Möglichkeit über eine Zusatzversicherung anfallende Behandlungskosten abzudecken. Bei näheren Fragen kommen Sie gern auf uns zu.

Ort, Datum

Unterschrift

Liebe Patienten und Patientinnen,

hiermit informiere ich Sie über die Verarbeitung Ihrer persönlicher Daten in unserer Praxis. Bitte füllen Sie das Formular aus und reichen es unterschrieben an uns wieder zurück. Vielen Dank!

Vor- und Nachname

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Telefon

Mailadresse

Meine Einwilligung

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten zu folgenden Zwecken erhoben, verarbeitet und genutzt werden: Zur Pflege der Kontaktdaten, der Erfüllung des Behandlungsvertrags und zur Abrechnung erbrachter Leistungen mit dem Patienten. Außerdem zur therapeutischen Dokumentation aller therapie relevanten Informationen zum Gesundheitszustand zur Dokumentation.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass

- die im Rahmen der vorstehenden genannten Zwecke erhobenen persönlichen Daten meiner Person unter Beachtung des DSGVO und des BDSG erhoben, verarbeitet, genutzt und übermittelt werden
- die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten auf freiwilliger Basis erfolgt. Der Widerspruch meiner Einverständnis ist jederzeit möglich. Dies kann dazu führen, dass der Behandlungsvertrag nicht erfüllt und ich bei einer Terminänderung nicht durch Lukas Weißer informiert werden kann.
- ich jederzeit dazu berechtigt bin, Auskunft über die zu meiner Person gespeicherten Daten zu verlangen.
- ich jederzeit dazu berechtigt bin, die Berichtigung, Löschung oder Sperrung einzelner personenbezogener Daten zu verlangen.

Ich bin jederzeit berechtigt, mit Wirkung für die Zukunft diese Einwilligung zu widerrufen. Im Falle des Widerrufs ist der Widerruf an die in der Fußzeile genannte Adresse zu richten.

Ort, Datum

Unterschrift