

Bitte alles vollständig ausfüllen. Sollte der Platz nicht ausreichen, bitte auf der letzten Seite unter weitere Angaben eintragen oder die Rückseite benutzen

# Patientenbogen

**Bitte beachten Sie auch die Anlage Kind**

**Termin:**

Heilpraxis Monika Moyses, Gartenstraße 2, 25379 Herzhorn

Tel. 04124/608737, Fax 04124/604738, [heilpraxis.moyeses@gmail.com](mailto:heilpraxis.moyeses@gmail.com), [www.moyeses.de](http://www.moyeses.de)

Für Hyaluronbehandlungen zusätzlichen Fragebogen erfragen.

Vor- und Nachname	_____		
Straße, Nummer:	_____		
PLZ und Ort:	_____		
Beruf:	_____	Tel. tagsüber:	_____
Geburtstag:	_____	Tel. abends:	_____
E-Mail:	_____	Fax:	_____
Familienstand:	<input type="checkbox"/> Verheiratet	<input type="checkbox"/> Ledig	<input type="checkbox"/> Geschieden <input type="checkbox"/> Getrennt
	<input type="checkbox"/> Verwitwet	<input type="checkbox"/> Kinder _____	
Kasse:	<input type="checkbox"/> Gesetzliche	<input type="checkbox"/> PostB.	<input type="checkbox"/> Privat/Zusatz <input type="checkbox"/> Beihilfe

Wie sind sie auf mich aufmerksam geworden? \_\_\_\_\_

Krankheiten die Sie bereits hatten:  Mumps  Masern  Röteln  Windpocken  Scharlach  
 Krupp  Gürtelrose  TBC  Hepatitis  Pilzbefall

Weitere ansteckende Erkrankungen bei Ihnen oder Ihrer Familie: \_\_\_\_\_ Jahr \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Jahr \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Jahr \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Jahr \_\_\_\_\_

Z.B. Geschlechtskrankheiten, Drüsenfieber, Immunschwäche

Angaben:  Derzeit Schwanger \_\_\_\_\_ Zigaretten/Tag \_\_\_\_\_ Alkohol/Tag \_\_\_\_\_

Impfungen/Zeitpunkt:  Mumps \_\_\_\_\_  Masern \_\_\_\_\_  TBC \_\_\_\_\_  
 Röteln \_\_\_\_\_  Hepatitis \_\_\_\_\_  Windpocken \_\_\_\_\_  
Weitere \_\_\_\_\_

Reisen ins Ausland in den letzten 3 Jahren: \_\_\_\_\_

Erbkrankheiten in Ihrer Familie: \_\_\_\_\_

Z.B. Herzinfarkt, Diabetes Gicht, Allergien usw.

Hatten Sie Unfälle und wann: \_\_\_\_\_

Welche Operationen/wann: \_\_\_\_\_  
Wo sind Narben: \_\_\_\_\_

Wie viele Infekte haben Sie pro Jahr: \_\_\_\_\_

Bitte alles vollständig ausfüllen. Sollte der Platz nicht ausreichen, bitte auf der letzten Seite unter weitere Angaben eintragen oder die Rückseite benutzen

Z.B. Erkältung 5 mal, Bronchitis 3 mal, usw.

Patient \_\_\_\_\_

Infekte in den  
letzten 8 Wochen: \_\_\_\_\_

Medikamente, der  
\_\_\_\_\_

letzten 5 Jahre: \_\_\_\_\_  
Insbesondere Antibiotika, Kortison, Anti Rheumamittel, Immunsuppressiva usw.

Beschwerden  
und die dazu  
verordneten  
Medikamente: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Wie viel und was  
genau trinken Sie: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Zahnfüllungen  
derzeit:  Amalgam  Palladium  Gold  Silber  \_\_\_\_\_

Zahnfüllungen  
bereits entfernt: \_\_\_\_\_ Jahr \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Jahr \_\_\_\_\_

Leiden Sie an:  Parodontose  Entzündungen im Mund/ Kiefer/Rachenraum  
 tote Zähne  Wurzelbehandlungen Anzahl \_\_\_\_\_

Wie viele Stunden  
schlafen Sie: \_\_\_\_\_ Stunden Ist der Schlaf erholsam:  Ja  Nein

Ernährungs-  
Vorlieben: \_\_\_\_\_  
Süß, sauer, salzig, deftig, Hausmannskost, Kantinenkost, Fastfood, Vegan, vegetarisch,  
vollwertig.... (Merhfachnennung möglich)

Meiden Sie  
Speisen? \_\_\_\_\_  
Welche und warum: \_\_\_\_\_

Bekannte Nahrungsmittelallergie oder  
Unverträglichkeit: \_\_\_\_\_

Was essen Sie pro  
Woche (Anzahl):  Rind \_\_\_\_\_  Huhn \_\_\_\_\_  Pute \_\_\_\_\_  Gans \_\_\_\_\_  Ente \_\_\_\_\_  
 Wild \_\_\_\_\_  Fisch \_\_\_\_\_  Schwein \_\_\_\_\_

Wie oft essen Sie  
pro Tag:  Brot \_\_\_\_\_  Gemüse \_\_\_\_\_  Süßigkeiten \_\_\_\_\_  Käse \_\_\_\_\_  
 Kekse \_\_\_\_\_  Kuchen \_\_\_\_\_  Nudeln \_\_\_\_\_  Reis \_\_\_\_\_  
 Obst \_\_\_\_\_  Milchspeisen \_\_\_\_\_

Sport.: \_\_\_\_\_ Wie oft: \_\_\_\_\_

Stuhlgang:  täglich \_\_\_\_\_ mal  wöchentlich \_\_\_\_\_ mal

Bitte alles vollständig ausfüllen. Sollte der Platz nicht ausreichen, bitte auf der letzten Seite unter weitere Angaben eintragen oder die Rückseite benutzen

Stuhlkonsistenz: hart sehr hart kleine Bollen dünne Schlangen,  
weich breiig flüssig cremig \_\_\_\_\_

Stuhlfarbe: hell beige hellbraun dunkelbraun gelb  
schwarz \_\_\_\_\_

Stuhlgeruch: muffig sauer süßlich stinkend leicht muffig  
\_\_\_\_\_

Sie sind geboren: per Kaiserschnitt normale Geburt Zangengeburt  
Saugglocke Frühgeburt \_\_\_\_\_

Aktuelles Körpergewicht: \_\_\_\_\_ Größe in cm: \_\_\_\_\_ Blutgruppe \_\_\_\_\_

Bekannte Hormonstörungen: \_\_\_\_\_

**FRAU**  
Wechseljahrsbeschwerden: \_\_\_\_\_  
Menstruationsbeschwerden \_\_\_\_\_  
Libidoverlust Libidostörung  
Einnahme von Cortison-Präparaten: seit wann \_\_\_\_\_  
Erste Regel \_\_\_\_\_ letzte Regel \_\_\_\_\_ letzter Eisprung \_\_\_\_\_ allerletzte  
Blutung \_\_\_\_\_ erste Schwangerschaft \_\_\_\_\_  
Letzte Schwangerschaft \_\_\_\_\_ Komplikationen während der  
Schwangerschaft \_\_\_\_\_ 21-Tage Zyklus 28 Tage Zyklus unregelmäßig  
Unerfüllter Kinderwunsch

**Mann**  
Einnahme von Cortison-Präparaten: seit wann \_\_\_\_\_  
Libidoprobleme: Erektionsstörungen Haarausfall Herzbeschwerden  
Zeugungsunfähigkeit  
Sonstiges: \_\_\_\_\_  
Unerfüllter Kinderwunsch

Ihre jetzigen Beschwerden: \_\_\_\_\_

Wann sind die Beschwerden aufgetreten? \_\_\_\_\_ Gibt es einen Auslöser  
oder Ereignis, welches zuvor geschehen ist? \_\_\_\_\_

Bewerten Sie ihre Beschwerden auf einer **Skala von 1-10** (1 ist niedrig, 10 ist hoch)

Beschwerde A \_\_\_\_\_ Wert: \_\_\_\_\_ Beschwerde B \_\_\_\_\_ Wert \_\_\_\_\_  
Beschwerde C \_\_\_\_\_ Wert: \_\_\_\_\_ Beschwerde D \_\_\_\_\_ Wert \_\_\_\_\_

Was möchten Sie \_\_\_\_\_  
mit meiner Hilfe \_\_\_\_\_  
verändern: \_\_\_\_\_

Welchen Erfolg \_\_\_\_\_  
wünschen Sie sich: \_\_\_\_\_

**Weitere Angaben:**



Bitte alles vollständig ausfüllen. Sollte der Platz nicht ausreichen, bitte auf der letzten Seite unter weitere Angaben eintragen oder die Rückseite benutzen

**Medikamenten- und Nahrungsergänzungsplan** Patient \_\_\_\_\_

**Beispiel:**

Morgens 8:00Uhr	Meto100 / 1 Tablette Isogingko 40 / 1 Kapsel Omega-3,200mg / 1 Kapsel
--------------------	---

**Uhrzeit      Medikament / Menge bzw. Anzahl**

Morgens	_____ _____ _____ _____
Vormittag	_____ _____ _____ _____
Mittag	_____ _____ _____ _____
Nachmittag	_____ _____ _____ _____
Abends	_____ _____ _____ _____
Nachts	_____ _____ _____ _____

Bitte alles vollständig ausfüllen. Sollte der Platz nicht ausreichen, bitte auf der letzten Seite unter weitere Angaben eintragen oder die Rückseite benutzen

## Behandlungs- und Beratungsvereinbarung

Ich bin ausdrücklich darüber informiert worden, dass die gesamten Kosten von einer gesetzlichen Krankenkasse in der Regel nicht übernommen werden und dass die Kosten von einer evtl. bestehenden privaten Krankenkasse und/oder der Beihilfestelle möglicherweise nur teilweise oder gar nicht übernommen werden.

Da die noch immer gültige Gebührenordnung für Heilpraktiker (GebÜH 85) aus dem Jahre 1985 stammt und somit veraltet ist, werden viele erfolgreiche Therapieverfahren in der GebÜH 85 nicht berücksichtigt und werden demnach häufig von den Kassen nicht beglichen.

Ich wurde darüber informiert, dass aufgrund der rein naturheilkundlichen Diagnostik und Therapie in der Rechnungsstellung unter Umständen keine klinisch-wissenschaftlich anerkannten Diagnosen angegeben werden und dadurch bedingt möglicherweise Leistungen von einer bestehenden Privatversicherung oder Beihilfestelle nicht erstattet werden, was **keinen** Einfluss auf meine Erstattungspflicht zum Ausgleich der Honorar- Rechnung hat.

Mir ist bekannt, dass ich die Therapie direkt mit der Heilpraxis zu begleichen habe, unabhängig von geleisteten oder nicht geleisteten Erstattungen durch Beihilfestellen oder private Krankenversicherungen. Grundlage ist die gültige Preisliste. Ein Exemplar hängt im Wartezimmer aus, bzw. ist in der Praxis erhältlich.

Ich erkläre hiermit, da die bei mir durchzuführende Diagnostik und nachfolgende Therapien und Beratungen von mir gewollt sind und mit dem Therapeuten besprochen worden sind. Ich wurde ausführlich über alle Interventionen, Therapiemaßnahmen, inklusive Ausführung und Wirkung aufgeklärt und habe diese Erklärung verstanden und erkläre mich damit ausdrücklich einverstanden. **Ich stimme ebenso der Nutzung meiner Daten gemäß untenstehender Datenschutzerklärung zu.**

### **Datenschutz**

*Zuständig für den Datenschutz ist: Monika Moyses, Gartenstraße 2, 25379 Herzhorn.*

*Die mit der Anmeldung/Behandlung aufgenommenen personenbezogenen Daten müssen wir erheben und verarbeiten. Wir nutzen diese ausschließlich zur Bearbeitung gemäß dieser Behandlungsvereinbarung und der allgemeinen therapeutischen Betreuung. Daraus ergibt es sich im Einzelfall, dass diese Daten an Dritte weitergegeben werden: An unsere Labore mit Versendung durch Transportunternehmen (meistens GO oder DHL), an Apotheken oder Firmen für Fachbedarf bei Bestellungen für Sie. Dies erfolgt unter strikter Beachtung der gesetzlichen datenschutzrechtlichen Vorschriften.*

*Wir verwenden Ihre Daten ferner zum Zwecke der Post-, Messenger-, Fax- und Email-Versendung von Befunden, sofern Sie dies wünschen. Sie können der Versendung Ihrer Daten, auch bei jetziger Zustimmung zu diesem Zweck jederzeit widersprechen.*

*Wenden Sie sich bitte schriftlich an mich über [heilpraxis.moyeses@gmail.com](mailto:heilpraxis.moyeses@gmail.com) oder Fax 04124-604738 oder per Briefpost.*

*Ihre oben beschriebenen weitergereichten Daten werden nach der gesetzlichen Aufhebungsfrist nach 10 Jahren gelöscht. Ihre Patientendaten in meiner Patientenakte werden nach Ihrer Aufforderung oder 10 Jahre nach Ausscheiden als Patient gelöscht.*

Ich stimme der Nutzung meiner Daten gemäß dieser Erklärung zu und erlaube:

Zutreffendes ankreuzen

die Versendung meiner Befunde nur per Email an folgende Adresse: \_\_\_\_\_

nur per Post             nur per Messenger \_\_\_\_\_

nur per Fax-Nr: \_\_\_\_\_

alle

Datum:

Unterschrift:

Vorname:

Nachname:

Geburtsdatum:

Straße:

Postleitzahl:

Wohnort: