

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, 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 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: