



Patientenfragebogen

Homöopathie und Phytotherapie sind sanfte Regulationstherapien. Um die für Sie individuell ausgewählte Arznei zu finden, wird ein möglichst umfassendes Bild der Krankheitssymptome benötigt.

Bitte nehmen Sie sich deswegen die Zeit, um die Fragen gründlich und gewissenhaft zu beantworten und beschreiben Sie auch scheinbar Unwichtiges oder Unangenehmes.

Sie erleichtern dadurch den Therapiestart und gestalten ihn wirksam mit.

Der ausgefüllte Fragebogen ist eine wichtige Grundlage für die Erstanamnese, also des erste Behandlungsgespräch.

Deshalb bitte ich Sie, mir den Fragebogen spätestens drei Arbeitstage vor Ihrem Termin zuzusenden an

Naturheilpraxis Hagedorn
Bergbahnstraße 8
76227 Karlsruhe

Selbstverständlich sind alle Angaben vertraulich und unterliegen der Schweigepflicht.

Name, Vorname
Straße, Nr.
PLZ, Ort
Telefon
E-Mail
Geburtsdatum
Beruf
Krankenversicherung
behandelnder Arzt
Datum Erstgespräch



Bitte hier Foto
einkleben



1. Allgemeines

1.1. Durch wen oder wie wurden Sie auf unsere Behandlungsweise aufmerksam?

.....
.....

1.2. Welches sind Ihre Hauptbeschwerden?

.....
.....

1.3. Seit wann leiden Sie unter diesen Hauptbeschwerden?

.....
.....

1.4. Welche Umstände verbessern oder verschlechtern die Beschwerden? (z.B. Kälte-,
Wärmeanwendungen, Tageszeiten, Körperhaltungen, bestimmte psychische
Situationen etc.)?

.....
.....

1.5. Welche Gedanken sind Ihnen schon gekommen, was die Ursache dieser
Erkrankung(en) sein könnte? Bitte beschreiben Sie nur Ihre eigenen Ideen und nicht
die von anderen, z.B. die Ihres Arztes.

.....
.....

1.6. Unter welchen Beschwerden leiden Sie sonst ?

.....
.....

1.7. Welche Medikamente werden von Ihnen zur Zeit eingenommen? In welcher
Dosierung?

.....
.....



2. Organe

Kopfbereich

2.1. Kopfschmerz

Wo, wann und wie (stechend, ziehend, hämmernd etc.) spüren Sie ihn, was bessert oder verschlechtert?

.....
.....

2.2. Schwindel

Wann, bei welcher Gelegenheit?

.....
.....

2.3. Haare

Wie ist der Zustand der Haare?

.....
.....

2.4. Sinnesorgane

Leiden Sie unter Schmerzen an Augen, Ohren, Nase, an Entzündungen, Absonderungen, Licht-, Geräusch- oder Geruchsempfindlichkeit? Gibt es Seh-, Hör- oder Geruchsstörungen oder Sinnestäuschungen (z.B. alles schmeckt bitter, Gegenstände erscheinen kleiner etc.)?

.....
.....

2.5. Nase

Ist die Nase oft verstopft, verschnupft oder trocken? Leiden Sie unter Heuschnupfen, häufigem Nasenbluten, Nasennebenhöhlenentzündung?

.....
.....

2.6. Mund

Gibt es Störungen an der Mundschleimhaut, an Zahnfleisch, Zähnen, Zunge, Lippen (Schmerzen, Entzündungen, Mundgeruch, Speichelfluss, eingerissene Mundwinkel, Bläschen an den Lippen etc.)?

.....
.....



2.7. **Gesicht**

Gibt es Schmerzen, Zucken, Jucken, Kribbeln, Taubheitsgefühl, Hautausschläge, Akne, Grind, Schuppen, Neigung zum Erröten etc.?

.....
.....

Hals

2.8. **Rachen**

Leiden Sie häufig unter Mandelentzündungen, Halsschmerzen, Schluckbeschwerden? Beschreiben Sie die Art des Schmerzes. Ist der Hals berührungsempfindlich, so dass ein enger Kragen stört? Leiden Sie unter einem Kropf, dem Gefühl eines Kloßes im Hals?

.....
.....

2.9. **Sprache**

Gibt es Sprachstörungen, Stottern, Heiserkeit, Räusperzwang?

.....
.....

Brust

2.10. **Atmung**

Gibt es Schmerzen beim Atmen, Atemgeräusche, Atemnot, Asthma? Wann, bei welcher Gelegenheit? Beschreiben Sie die Beschwerden.

.....
.....

2.11. **Husten**

Wann tritt er auf (z.B. beim Gehen vom Zimmer ins Freie, beim Hinlegen, nachts ...), ist er schmerzhaft, wie klingt er, gibt es Auswurf, wie ist dieser beschaffen?

.....
.....

2.12. **Herz**

Besteht Schmerz, Angst, Enge, Druck, Atemnot, Herzklopfen? Wann, wie, wohin ausstrahlend, wodurch, bei welcher Tätigkeit erscheinen die Beschwerden? Können Sie auf der linken Seite liegen?

.....
.....



2.13. Kreislauf

Kommt es zu Schwindel, Schwäche, Übelkeit, zu warmem oder kaltem Schweiß? Leiden Sie an Blutandrang, zu blassem oder gerötetem Gesicht? Neigen Sie zu Ohnmachten?

.....
.....

2.14. Gefäße

Gibt es kalte Hände oder Füße, bläuliche Verfärbungen, schwere Beine, geschwollene Beine, Krampfadern, Venenentzündungen, Thrombose? Gibt es Ekzeme, offene Beine, Geschwüre?

.....
.....

2.15. Blutdruck

Ist der Blutdruck meist hoch oder niedrig? Kennen Sie Ihre üblichen Werte?

.....
.....

Verdauungstrakt

2.16. Magen

Leiden Sie unter Magenschmerzen? Wie ist der Schmerz, wann tritt er auf und wodurch wird er verursacht? Gibt es häufige Übelkeit, Völlegefühl, Erbrechen?

.....
.....

2.17. Appetit

Wie ist der Appetit (z.B. Heißhunger oder nach einigen Bissen schon Völlegefühl etc.)? Wie ist der Durst? Neigen Sie zu Übelkeit oder Erbrechen beim Geruch oder beim Anblick von Speisen?

.....
.....

2.18. Bauch

Haben Sie Schmerzen im Bauchraum? Wie, wann und wo sind die Schmerzen? Wodurch werden sie ausgelöst, was bessert und verschlimmert (z.B. Wärme, Zusammenkrümmen, Blähungsabgang, Aufstoßen ...)? Vertragen Sie einen engen Gürtel? Neigen Sie zu Blähungen, wann, wodurch ausgelöst? Wie sind die Winde (z.B. laut, stinkend ...)?

.....
.....



2.19. After

Leiden Sie unter Hämorrhoiden, sind diese juckend oder blutend? Ist der After wund, eingerissen, gibt es Afternässen, Ekzeme oder Auswüchse am After?

.....
.....

Urogenitalsystem

2.20. Nieren

Hatten Sie Nierensteine, Koliken, Blasenentzündungen? Leiden Sie unter Schmerzen in der Nierengegend? Wann und wie spüren Sie die Schmerzen? (andauernd oder nur bei Erschütterungen, stechend, bohrend etc.)?

.....
.....

2.21. Urin

Wie ist Farbe und Geruch des Urins? Bildet sich ein Satz beim Stehenlassen?

.....
.....

2.22. Ausfluss



Besteht Ausfluss (Fluor)? Wann? Wie ist die Farbe, Menge, der Geruch? Gibt es Jucken, Brennen, Krampfen in der Scheide, Hitze, Vorfal, Gefühl des Herabdrängens, Ekzeme, warzenähnliche Gebilde, Schmerzen beim Verkehr etc.?

.....
.....

2.23. Schwangerschaft



Sind eventuelle Schwangerschaften normal verlaufen, gab es Fehlgeburten?

.....
.....

2.24. Brust

Bestehen Schwellungen, Knoten, Schmerzen, Berührungsempfindlichkeiten der Brüste, juckende, wunde, eingezogene Brustwarzen etc.?

.....
.....



2.25. Hoden, Penis



Haben Sie irgendwelche Beschwerden an Glied oder Hoden (z.B. Jucken, Ekzeme, Geschwür, Ausfluss, schmerzhafte Erektionen etc.)?

.....
.....

2.26. Rücken, Extremitäten

Haben Sie irgendwelche Beschwerden an Armen, Händen, Beinen, Füßen, Gelenken, Knochen, am Rücken? Wo genau und bei welcher Gelegenheit treten diese Beschwerden auf? Wie werden sie empfunden (z.B. Reißen, Ziehen, Steifigkeit, Lähmung, Taubheitsgefühl, Kribbeln, Krämpfe, Schwellung, Röte, Hitze, Kälte etc.) und was bessert oder verschlechtert sie? Sind es wandernde Beschwerden oder bleiben sie an einer Stelle?

.....
.....

2.27. Gibt es irgendwo an Ihrem Körper oder in Ihrem Empfinden ein "komisches" oder "seltsames" Symptom? Gibt es eine Stelle, die unerklärlicherweise schmerzempfindlich ist?

.....
.....

Haut

2.28. Beschaffenheit

Wie ist Ihre Haut beschaffen (Trockenheit, Feuchtigkeit, Temperatur, Farbe, Absonderung, Fettigkeit, Schuppenbildung, Neigung zu blauen Flecken, kleine Wunden bluten lange, Eiterungen etc.)?

.....
.....

2.29. Hautausschläge

Haben oder hatten Sie Hautausschläge, Geschwüre, Flechten, Pilz, Warzen, Abszesse? Wo genau, wie ist deren Beschaffenheit, Aussehen, was empfinden Sie an den betroffenen Körperteilen (z.B. Jucken, Brennen, Klopfen, Kälte)? Wann sind diese Empfindungen besser oder schlechter?

.....
.....

2.30. Finger- und Fußnägel

Bemerken Sie Veränderungen an den Finger- oder Fußnägeln?

.....
.....



2.31. Lymphknoten

Haben Sie geschwollene Lymphknoten? Wo genau, sind sie schmerzhaft?

.....
.....

3. Krankenbiographie

3.1. Wie war die Schwangerschaft und Entbindung der Mutter?

.....
.....

3.2. Gab es Impfungen, Impfreaktionen, Kinderkrankheiten?

.....
.....

3.3. Wie verlief die Zahnung, Laufen und Sprechenlernen (zu früh, zu spät, vorsichtig etc.)?

.....
.....

3.4. An welche Krankheiten und Besonderheiten im Kindesalter erinnern Sie sich?

.....
.....

3.5. Gibt es Einschnitte in Ihrem Leben, die Ihre Gesundheit maßgeblich beeinflusst haben?

.....
.....

3.6. Gibt es Beschwerden während der Pubertät, Schwangerschaft, den Wechseljahren? Wenn ja, welche?

.....
.....

3.7. Schildern Sie in zeitlich richtiger Reihenfolge Ihre Krankheitsgeschichte (Krankheiten, Operationen, Unfälle, Einschnitte etc.) und eventuell daraus resultierende Beschwerden.



Jahr	Ereignis/Erkrankung und Folgen
.....
.....
.....
.....
.....
.....

4. Zeitliche Abläufe

4.1. Welchen Einfluss üben folgende Umstände auf Sie aus?

Das Wetter?

Die Jahreszeiten?

Urlaub am Meer?

im Gebirge?

am See?

im Wald?

Die verschiedenen Mondphasen?

Sonnenlicht, künstliches Licht, Dämmerung, Dunkelheit?

.....

Gesellschaft, Alleinsein?

Fasten oder Hungern?

Aufenthalt in geschlossenen, warmen Räumen?

.....

Stickige Luft?

Enge Räume, Lift, Theater, Keller, Tunnel?

.....



- 4.2. Gibt es Tagesschwankungen Ihrer Beschwerden? Geht es Ihnen morgens, mittags, abends oder nachts besser oder schlechter? Gibt es herausragende Uhrzeiten, zu denen Beschwerden auftreten oder bei denen Sie beispielsweise nachts aufwachen? Treten Ihre Beschwerden periodisch auf? Wie lange sind gegebenenfalls die Zeitabstände? Welches sind die Wochentage, an denen die Beschwerden gehäuft auftreten?

.....
.....

5. Körperfunktionen

Verdauung

- 5.1. Was essen Sie am liebsten? Wichtig sind Nahrungsmittel, nach denen sehr starkes Verlangen besteht. Unterstreichen Sie je nach Intensität Ihres Verlangens mit einem bis drei Strichen.

.....
.....

- 5.2. Gegen welche Nahrungsmittel besteht eine deutliche Abneigung oder sogar Ekel? Bewerten Sie ebenfalls die Intensität durch Unterstreichungen.

.....
.....

- 5.3. Welche Nahrungsmittel vertragen Sie nicht? Bewerten Sie ebenfalls die Intensität durch Unterstreichungen und geben Sie an, um welche Art Unverträglichkeit es sich handelt.

.....
.....

- 5.4. Wieviel Durst haben Sie (nur der tatsächliche Durst, nicht die „vorgeschriebene“ Flüssigkeitsmenge). Bevorzugen Sie kalte oder warme Getränke, kleine oder große Schlucke?

.....
.....



Schlaf

5.5. Wie ist Ihr Schlaf (Einschlafen, Durchschlafen)? Sind Sie morgens erfrischt? Haben Sie bestimmte Aufwachzeiten?

.....
.....

5.6. Haben Sie eine bestimmte Schlaflage? Wenn ja, gibt es Gründe für genau diese Position?

.....
.....

Temperatur/Schweiß

5.7. Wie ist Ihre Temperatur-Empfindung (ist es meist zu heiß, zu kalt) ? Schwitzen Sie leicht oder nur wenig? Wo besonders, wie ist der Geruch des Schweißes, färbt er die Wäsche gelb, bessert oder verschlechtert ein Schweißausbruch bestimmte Beschwerden? Bei welchen Gelegenheiten kommt es um Schweißausbruch?

.....
.....

Ausscheidungen

5.8. Stuhl

Wann und wie oft haben Sie Stuhlgang? Besteht Neigung zu Durchfall oder Verstopfung? Wie ist Form, Farbe, Geruch und Menge der Stühle, gibt es Blut- oder Schleimbeimengungen?

.....
.....

5.9. Wasserlassen

Haben Sie Schmerzen im Harnleiter, Blase oder in der Harnröhre? Wie ist die Schmerzempfindung, strahlt der Schmerz aus, was bessert oder verschlimmert (z.B. Erschütterung, Ruhe, Bewegung, Wärme oder Kälte)? Gibt es Beschwerden vor, während oder nach dem Wasserlassen (Schmerzen, häufiger Harndrang tags oder nachts)? Fließt der Urin gut, sofort und ohne Hindernis? Gibt es unwillkürlichen Harnabgang (spontan, beim Lachen, Niesen etc.)?

.....
.....



Sexualität

5.10. Periode



Nehmen Sie die "Pille"? Wann ist Ihre Regel zum ersten Mal eingetroffen? Wie ist die Regel (unregelmäßig, zu früh oder zu spät, schmerzhaft, Blutung stark oder schwach, hell oder dunkel, klumpig, mehr am Tage oder bei Nacht, wundmachend oder übelriechend etc.)? Haben Sie Beschwerden bei, vor oder nach der Regel, welche Begleitumstände gibt es (z.B. Kopfschmerzen, Reizbarkeit etc.)?

.....
.....

5.11. Geschlechtstrieb

z.B. kaum Interesse, sehr stark, in Gedanken dauernd damit beschäftigt, Angst davor oder Abneigung dagegen, sonstige Störungen, kein Orgasmus, viel Selbstbefriedigung? Hatten Sie je eine Geschlechtskrankheit? Ist der Orgasmus vorzeitig, verzögert, gibt es eine starke Schwäche nach dem Verkehr? Haben Sie Schmerzen beim Koitus?

.....
.....

Sonstiges

5.12. Wie ist Ihre Größe und Ihr Gewicht? Wie stehen Sie zu Sport, frischer Luft, Rauchen, Alkohol, Kaffee, Drogen? Haben Sie eine besondere Ernährungs- oder Lebensweise?

.....
.....

6. Persönliche Merkmale

6.1. Wie würden Sie Ihren Charakter als Mensch beschreiben? Welches sind Ihre Besonderheiten, ungeachtet der Tatsache, ob es sich um positive oder negative Eigenschaften handelt?

.....
.....

6.2. Wie werden Sie von anderen beschrieben? Welche Charaktereigenschaften werden Ihnen ggf. von Ihrem Partner oder Ihren Eltern zugeschrieben?

.....
.....



6.3. Gibt es Ängste (allgemein oder vor Dunkelheit, Höhenangst, Räubern, ohnmächtig zu werden, verfolgt oder vergiftet zu werden, dass Sie jemanden töten könnten, dass Sie verrückt werden könnten, dass ein Unglück passiert, vor Wasser, vor Gewitter, vor bestimmten Krankheiten, vor Tieren - Hunden, Katzen, Spinnen, Schlangen, Mäusen - etc.)?

.....
.....

6.4. Wo sind Sie auf der emotionalen Ebene besonders empfänglich (Musik, ungerechte Gesellschaftssituationen, leidende Menschen, romantische Situationen, Ungerechtigkeiten, Tadel, Zurücksetzungen, Eifersucht, verletzter Stolz, Unordnung, Veränderungen etc.) ?

.....
.....

6.5. Wie ist gewöhnlich Ihre Gemütslage? Neigen Sie zu Depressionen? Hatten Sie je Selbstmordgedanken? Auf welche Art würden Sie Selbstmord verüben?

.....
.....

6.6. Wie sind Ihre geistigen Fähigkeiten (Gedächtnis, klare Gedanken, Konzentrationsfähigkeit etc.)? Unterlaufen Ihnen häufig bestimmte Fehler (z.B. beim Schreiben, beim Reden? Gibt es Ungeschicklichkeiten, Vergesslichkeiten)?

.....
.....

6.7. Welches war das einschneidendste Erlebnis in Ihrem Leben? Nach welchen Lebensstationen hat sich Ihr Gesamtbefinden deutlich verschlechtert? Was hat Sie am meisten aus der Bahn geworfen? Welches war Ihr schönstes Erlebnis?

.....
.....

6.8. Gibt es Ereignisse oder Umstände, die sich in Ihrem Leben immer wiederholen?

.....
.....

6.9. Gibt es Themen, die Sie über lange Zeit stark beschäftigt haben oder Angriffe auf Ihre Moral und Wertvorstellungen?

.....
.....



6.10. Welches ist die Charaktereigenschaft, die Sie am liebsten verändern würden?

.....
.....

6.11. Gibt es Dinge, über die Sie nicht sprechen möchten?

.....
.....

6.12. Wie sind Ihre Träume? Gibt es häufig vorkommende Motive (haben Sie schon von Schlangen, Ratten, Fliegen, vom Herunterfallen aus großer Höhe etc. geträumt)? Wie ist die hauptsächliche Emotionslage im Traum?

.....
.....

6.13. Gibt es irgendeinen Traum (evtl. auch aus der Kindheit), den Sie nicht vergessen können? Bitte schildern Sie ihn möglichst ausführlich. Wie war bei den einzelnen Traumabschnitten Ihre Gefühlslage? Was bedeuten einzelne Traumotive für Sie?

.....
.....

6.14. Haben Sie den Eindruck, dass alle für Sie relevanten Themen mit diesem Fragebogen angesprochen worden sind? Wenn nein, bitte ergänzen Sie das Fehlende.

.....
.....

7. Familie

7.1. Welche Krankheiten kamen in Ihrer Familie vor und bei wem (soweit Sie sich erinnern können, auch entfernte Verwandte)? Bitte versuchen Sie, möglichst viele Informationen herauszufinden, diese Angaben könnten sehr wichtig sein.

Tuberkulose, Lungenentzündung

Krebs

Geschlechtskrankheiten.....

Rheuma, Gicht.....

Hautkrankheiten.....

Allergien, Heuschnupfen



- Malaria, Pocken, Cholera
- Geistesstörungen
- Selbstmord.....
- Unfälle
- Andere Krankheiten.....

7.2. Welche Bereiche sind in der Familie besonders häufig betroffen bzw. anfällig?

- Gemüt
- Nervensystem.....
- Herz/Kreislauf
- Verdauungstrakt.....
- Urogenitalbereich
- Gelenke.....
- Sehnen/Bänder.....
- Knochen.....
- Haut
- Blut
- Eiterungen.....
- Lymphknoten
- Infektionen.....

7.3. Gibt es bestimmte Ereignisse oder Umstände, die in der Familie gehäuft auftreten (z.B. Scheidungen, Kinderlosigkeit etc.)? Wenn ja, bei wem?

.....

.....

7.4. Bitte geben Sie charakteristische und markante Wesensmerkmale Ihrer nahestehendsten Verwandten an (z.B. Vater sehr autoritär usw.). Wichtig ist dabei, wie Sie die entsprechenden Personen empfunden haben.

.....

.....



7.5. Der folgende Punkt ist von großer Wichtigkeit und deshalb ist größte Sorgfalt hierbei erforderlich. Bitte tragen Sie für Ihre Verwandten möglichst vollständig die Geburts- und Sterbejahre oder das Alter ein, verwenden Sie ggf. die aufgeführten Symbole und ergänzen Sie die Angaben durch die entsprechenden Erkrankungen, Besonderheiten etc. Besonders wichtig sind hierbei frühe Todesfälle (auch Kindstod, Suizid etc.) oder ungewöhnliche oder belastende Begebenheiten.

☺ gute Ehe/Beziehung ☹ Scheidung/Trennung A Alkoholprobleme G Gewalt

mütterliche Linie
Großmutter

Großvater

väterliche Linie
Großmutter

Großvater

.....

.....

.....

.....

Mutter

Vater

Tanten/Onkel

Tanten/Onkel

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ältere Geschwister

.....

.....

.....

jüngere Geschwister

.....

.....

.....

Kinder

.....

.....

.....



Kostenregelung

Die Kosten für die homöopathische Behandlung ergeben sich ausschließlich aus der hierfür erforderlichen Zeit, die sich aus der Vorbereitung, der Behandlung und der evtl. Nachbereitung zusammensetzen kann. Die Dauer der Behandlung ist abhängig davon, wie schnell im gemeinsamen Gespräch die Ursache der Erkrankung und somit eine geeignete Arznei gefunden wird und wie tief die Krankheit verwurzelt ist.

Erstgespräch und Zweitermin werden mit **120,- Euro** in Rechnung gestellt.

Folgegespräche, Untersuchungen, Fallausarbeitungen (Repertorisation), Hausbesuche (inkl. Fahrzeit), telefonische Beratung etc. werden mit **15,- Euro pro angefangene Viertelstunde** berechnet. Bei Akutbehandlungen außerhalb der Praxiszeiten (ab 18 Uhr abends und bis 9 Uhr morgens und an praxisfreien Tagen) wird zudem ein **Zuschlag von 10,- Euro** erhoben.

Im Falle einer Privatversicherung besteht die Möglichkeit einer (zumindest teilweisen) Erstattung der Behandlungskosten. Ich bemühe mich um eine klare, transparente Rechnungsstellung und bitte um Verständnis, dass auf individuelle Klauseln einzelner Versicherer nicht eingegangen werden kann.

Bitte bestätigen Sie mir Ihrer Unterschrift, dass Sie die Hinweise zur Kostenregelung für die homöopathische Behandlung zur Kenntnis genommen haben.

.....
Ort, Datum

.....
Name des/der Patienten/in bzw. des Erziehungsberechtigten



Patienteninformation zum Datenschutz

gemäß Art. 13 DSGVO

Sehr geehrte Patienten, sehr geehrter Patient,

es ist mir ein Anliegen, Ihre personenbezogenen Daten zu schützen. Nach der EU-Datenschutz-Verordnung (DSGVO) bin ich verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck in meiner Praxis Daten erfasst, gespeichert oder weitergeleitet werden. Außerdem finden Sie in dieser Information auch eine kurze Übersicht zu Ihren Rechten im Rahmen des Datenschutzes.

Verantwortlich für die Datenverarbeitung in der Praxis

Jutta Hagedorn, Bergbahnstraße 8, 76227 Karlsruhe, Telefon 0176 49749700

Ein Datenschutzbeauftragter ist für diese Praxis nicht erforderlich.

Zweck der Verarbeitung

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund der gesetzlichen Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und Ihrem Heilpraktiker und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen. Bei den Daten, die ich verarbeite, handelt es sich insbesondere um Gesundheitsdaten, zu denen Anamnese, Diagnose, Therapieempfehlungen und Befunde gehören, die ich oder andere Therapeuten erheben. Zu diesem Zweck können mir auch andere Heilpraktiker, Ärzte und Therapeuten Daten zur Verfügung stellen. Die Erhebung von Gesundheitsdaten ist Voraussetzung für Ihre sorgfältige Behandlung. Möchten Sie die notwendigen Informationen nicht geben, kann eine Behandlung nicht erfolgen.

Empfänger Ihrer Daten

Ich übermittle Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt/vorgegeben ist oder Sie eingewilligt haben. Die Übermittlung erfolgt zum Zweck der Abrechnung. Im Einzelfall erfolgt die Übermittlung Ihrer Daten gegebenenfalls an weitere berechtigte Empfänger.

Speicherung Ihrer Daten

Ich bewahre Ihre personenbezogenen Daten nur solange auf, wie dies für die Durchführung der Behandlung im Rahmen der gesetzlichen Anforderungen erforderlich ist. Danach bin ich verpflichtet, diese Daten mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren. Nach anderen Vorschriften können sich längere Aufbewahrungsfristen ergeben.

Ihre Rechte zum Datenschutz

Sie haben das Recht, Auskunft über Ihre personenbezogenen Daten zu verlangen und Sie können die Berichtigung falscher Daten verlangen. Unter bestimmten Voraussetzungen steht Ihnen das Recht auf Löschung Ihrer Daten und das Recht auf Einschränkung der Datenverarbeitung zu. Die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten erfolgt auf rechtlicher Basis. Bei Einwilligung haben Sie das Recht, diese für die zukünftige Verarbeitung zu widerrufen. Eine Behandlung kann dann nicht weitergeführt werden. Außerdem haben Sie das Recht, sich bei der zuständigen Aufsichtsbehörde für Datenschutz zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt.

Rechtliche Grundlagen

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten ist Artikel 9 Absatz 2, h. der DSGVO in Verbindung mit Paragraph 22 Absatz 1 Nr.1 b. des Bundesdatenschutzgesetzes. Die Anschrift der für uns zuständigen Aufsichtsbehörde lautet: Aufsichtsbehörde Datenschutz Baden-Württemberg, Anschrift Postfach 102932, 70025 Stuttgart, Telefon 0711 615541-0, E-Mail poststelle@lfd.bwl.de.



Datenschutzrechtliche Einwilligung in die Verarbeitung personenbezogener Daten

→ für Minderjährige gilt das Formular auf der nächsten Seite
gemäß Art. 7 DSGVO

Hiermit erteile ich,

..... geb. am

Vorname Name

meine Einwilligung in die Verarbeitung meiner Gesundheitsdaten im Zusammenhang mit meiner Behandlung in der Praxis der datenschutzrechtlich verantwortlichen Heilpraktikerin Jutta Hagedorn, Bergbahnstraße 8, 76227 Karlsruhe, Telefon 0176 49749700

Hiermit bestätige ich Folgendes:

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass die Verarbeitung meiner Daten zum Zweck der medizinischen Behandlung (Anamnese, Befunderhebung, Diagnose, Therapie, Nachsorge etc.) sowie aufgrund des zugrunde liegenden Behandlungsvertrags erforderlich ist.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass die Einwilligung die Verarbeitung sensibler Daten (Gesundheitsdaten) umfasst.

Die zur sachgerechten Information erforderlichen Angaben habe ich vor der Datenerhebung von der verantwortlichen Person mitgeteilt bekommen.

Meine Einwilligung erfolgt freiwillig. Mir ist bekannt, dass ich nicht verpflichtet bin, diese Einwilligung zu erteilen. Erteile ich diese Einwilligung nicht, entstehen mir hierdurch keine Nachteile. Ohne Einwilligung kann jedoch grundsätzlich keine Behandlung durch den Verantwortlichen erfolgen.

Den Inhalt der abgedruckten Widerrufsbelehrung habe ich vor Erteilung der Einwilligung zur Kenntnis genommen.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift des/der Patienten/in

Widerrufsbelehrung

Diese Einwilligung kann jederzeit und ohne Angabe von Gründen widerrufen werden. Die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung wird dadurch nicht berührt. Gesetzliche Erlaubnistatbestände bleiben von einem Widerruf der Einwilligung unberührt. Im Falle des Widerrufs ist eine Fortsetzung der Behandlung durch den Verantwortlichen grundsätzlich nicht mehr möglich.

Die Einwilligung kann mündlich oder schriftlich widerrufen werden. Der Widerruf ist zu richten an Jutta Hagedorn, Bergbahnstraße 8, 76227 Karlsruhe, Telefon 0176 49749700.



→ nur für Minderjährige

Datenschutzrechtliche Einwilligung in die Verarbeitung personenbezogener Daten Minderjähriger

gemäß Art. 7 DSGVO

Hiermit erteile ich,

..... geb. am

Vorname Name

als Träger der elterlichen Verantwortung meine Einwilligung in die Verarbeitung der Gesundheitsdaten von

..... geb. am

Vorname Name

im Zusammenhang mit der Behandlung dieses Kindes in der Praxis der datenschutzrechtlich verantwortlichen Heilpraktikerin Jutta Hagedorn, Bergbahnstraße 8, 76227 Karlsruhe, Telefon 0176 49749700

Hiermit bestätige ich Folgendes:

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass die Verarbeitung meiner Daten zum Zweck der medizinischen Behandlung (Anamnese, Befunderhebung, Diagnose, Therapie, Nachsorge etc.) sowie aufgrund des zugrunde liegenden Behandlungsvertrags erforderlich ist.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass die Einwilligung die Verarbeitung sensibler Daten (Gesundheitsdaten) umfasst.

Die zur sachgerechten Information erforderlichen Angaben habe ich vor der Datenerhebung von der verantwortlichen Person mitgeteilt bekommen.

Meine Einwilligung erfolgt freiwillig. Mir ist bekannt, dass ich nicht verpflichtet bin, diese Einwilligung zu erteilen. Erteile ich diese Einwilligung nicht, entstehen mir hierdurch keine Nachteile. Ohne Einwilligung kann jedoch grundsätzlich keine Behandlung durch den Verantwortlichen erfolgen.

Den Inhalt der abgedruckten Widerrufsbelehrung habe ich vor Erteilung der Einwilligung zur Kenntnis genommen.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten

Widerrufsbelehrung

Diese Einwilligung kann jederzeit und ohne Angabe von Gründen widerrufen werden. Die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung wird dadurch nicht berührt. Gesetzliche Erlaubnistatbestände bleiben von einem Widerruf der Einwilligung unberührt. Im Falle des Widerrufs ist eine Fortsetzung der Behandlung durch den Verantwortlichen grundsätzlich nicht mehr möglich.

Die Einwilligung kann mündlich oder schriftlich widerrufen werden. Der Widerruf ist zu richten an Jutta Hagedorn, Bergbahnstraße 8, 76227 Karlsruhe, Telefon 0176 49749700.