

## Fragebogen zur Erstkonsultation

Vorname: .....

Nachname: .....

Geburtsdatum: ..... Krankenversicherung: .....

Straße: .....

PLZ: ..... Wohnort: .....

Telefon-Nr. privat: ..... Handy-Nr.: .....

Telefon-Nr. geschäftlich: ..... E-Mail : .....

Beruf: .....

Derzeitige Beschwerden: .....

.....

.....

Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit:

.....

.....

Amalgamfüllungen ?      Ja                      Nein                      Früher                      Nie

Tote bzw. wurzelbehandelte Zähne:              Ja                      Nein

Operationen, wann? (Jahresangabe): .....

.....

.....

Eingriffe (auch entfernte Weisheitszähne, Muttermale etc.): .....

.....

IBAN DE 18 7025 0150 0000 1175 80

Kreissparkasse Ebersberg

Unfälle, Verletzungen (auch im Kindesalter) .....

.....  
.....

Narben (auch endoskopisch z.B. Knie) .....

.....

Kiefergelenks / Wirbelsäulenblockaden: .....

Entzündungen (auch im Kindesalter, z.B. Ohren, Mandeln, Nebenhöhlen, Blase, Blinddarm etc.)

.....  
.....

Pilzkrankungen (z.B. Nagel-, Fuß-, Vaginalpilz): .....

.....

Haben Sie erhöhten / zu niedrigen Blutdruck? .....

Leiden Sie unter Schlafstörungen? (einschlafen /durchschlafen) .....

Neigen Sie zu Verstopfung, Durchfall, Blähungen, Aufstoßen? (zutreffendes bitte unterstreichen)

Essen Sie vorwiegend Brot, Mehlspeisen, Nudeln, Pizza, Süßigkeiten? Ja  Nein

Essen Sie vorwiegend Fleisch, Wurst, Käse, Fisch ? Ja  Nein

Sind Sie Vegetarier bzw. Veganer ? Ja  Nein

Wieviele Mahlzeiten essen Sie pro Tag? .....

Wann nehmen Sie Ihre Hauptmahlzeit ein ? .....

Größe (cm) ..... Gewicht (kg) .....

tägliche Trinkmenge (Wasser) Liter ..... Alkohol..... Zigaretten.....

IBAN DE 18 7025 0150 0000 1175 80

Kreissparkasse Ebersberg

Impfungen (bitte Impfpass mitbringen).....  
.....

Tattoos (wie viele, wo?).....

Piercings (wie viele, wo?) .....

- |   |    |                          |      |                          |
|---|----|--------------------------|------|--------------------------|
| Schlafen Sie in einem Wasserbett?             | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein | <input type="checkbox"/> |
| Haben Sie einen Radiowecker?                  | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein | <input type="checkbox"/> |
| Haben Sie W - Lan zu Hause?                   | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein | <input type="checkbox"/> |
| Hatten Sie einen Wasserschaden zu Hause?      | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein | <input type="checkbox"/> |
| Gibt es feuchte Stellen im Wohnbereich?       | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein | <input type="checkbox"/> |
| Haben Sie ein Aquarium?                       | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein | <input type="checkbox"/> |
| Gibt es noch alte Wasserleitungen im Haus ?   | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein | <input type="checkbox"/> |
| Haben Sie Probleme mit dem Kiefergelenk?      | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein | <input type="checkbox"/> |
| Leiden Sie unter geschwollenen Lymphdrüsen?   | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein | <input type="checkbox"/> |
| Haben Sie Nebenhöhlenprobleme?                | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein | <input type="checkbox"/> |
| Neigen Sie zu immer wiederkehrenden Infekten? | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein | <input type="checkbox"/> |
| Haben Sie Venenprobleme                       | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein | <input type="checkbox"/> |
| Leiden Sie unter Durchblutungsstörungen?      | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein | <input type="checkbox"/> |

Nehmen Sie Hormonpräparate ein? (Schilddrüse, Pille etc.) .....

Haben Sie Antibiotika eingenommen ? (Wie oft, wie lange) .....

Haben Sie Kortisonpräparate eingenommen? (Wie oft, wie lange?).....

Medikamente für den Magen (Säureblocker etc.).....

Psychopharmaka, Neuroleptika ? .....

## **Patienteninformation und Einwilligung zum Datenschutz**

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten ist mir wichtig. Nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) bin ich verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck meine Praxis Daten erhebt, speichert oder weiterverbreitet und welche Rechte für Sie damit verbunden sind:

Verantwortlich für die Datenverarbeitung ist:

### **Naturheilpraxis Renate Wolfrum**

**Karl-Böhm-Straße 93, 85598 Baldham**

**Telefon: 08106 998675 - Email: PRAXIS\_WOLFRUM@t-online.de**

### **Zweck der Datenverarbeitung**

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und mir und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen. Die Erhebung dieser Daten erfolgt:

- Um Sie als Patient-in identifizieren zu können
- Um eine Diagnose stellen zu können
- Um Sie angemessen behandeln und beraten zu können
- Zur Korrespondenz mit Ihnen
- Zur Rechnungsstellung
- Zur Abwicklung von evtl. vorliegenden Haftungsansprüchen sowie der Geltendmachung etwaiger Ansprüche aus dem Behandlungsvertrag.

### **Empfänger Ihrer Daten**

Ich übermittle Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben. Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten können vor allem andere Therapeuten, Krankenkassen, Labore oder Abrechnungsstellen sein. Die Übermittlung erfolgt überwiegend zum Zwecke der Abrechnung der bei Ihnen erbrachten Leistungen, zur Klärung von medizinischen und sich aus Ihrem Versicherungsverhältnis ergebenden Fragen. Im Einzelfall erfolgt die Übermittlung von Daten an weitere berechnigte Empfänger.

### **Speicherung Ihrer Daten**

Ich bewahre Ihre personenbezogenen Daten nur so lange auf, wie dies gesetzlich erforderlich ist. Aufgrund rechtlicher Vorgaben z.B. aus steuerlichen Gründen, bin ich dazu verpflichtet, diese Daten mindestens zehn Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren.

### **Ihre Rechte**

Sie haben das Recht, über die betreffenden personenbezogenen Daten Auskunft zu erhalten. Auch können Sie die Berichtigung unrichtiger Daten verlangen. Darüber hinaus steht Ihnen unter bestimmten Voraussetzungen das Recht auf Löschung von Daten, das Recht auf Einschränkung der Datenverarbeitung sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit zu. Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt auf Basis von gesetzlichen Regelungen. Nur in Ausnahmefällen benötige ich Ihr Einverständnis. In diesen Fällen haben Sie das Recht, die Einwilligung für die zukünftige Verarbeitung zu widerrufen. Sie haben das Recht, sich bei der zuständigen Aufsichtsbehörde für den Datenschutz zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt. Die Anschrift der für mich zuständigen Aufsichtsbehörde lautet:

Der Bayerische Landbeauftragte für den Datenschutz  
Wagmüllerstraße 18  
80538 München  
Tel. 089 2126720

### **Rechtliche Grundlagen**

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist Artikel 9 Absatz 2 lit.h DSGVO in Verbindung mit Paragraf 22 Absatz 1 Nr 1 lit b Bundesdatenschutzgesetz

### **Einwilligung**

**Ich habe die vorstehenden Hinweise zur Kenntnis genommen und willige in die Erhebung und Speicherung meiner Daten in diesem Umfang ein. Mir ist bewusst, dass ich diese Einwilligung freiwillig geben**

-----  
**Ort, Datum**

-----  
**Unterschrift Patient /Vertreter**