PRAXIS
DRES. HARNISCH
Medizin mit Hand und Fuß

BETRIEBSMEDIZIN
ÄRZTLICHE OSTEOPATHIE
AMERIKANISCHE CHIROPRAKTIK
ORTHOMOLEKULARE MEDIZIN
NATURIDENTISCHE HORMONTHERAPIE
REISEMEDIZIN – GELBFIEBERIMPFSTELLE

Praxis Dres. Harnisch, In der Au 20, 96472 Rödental

In der Au 20
96472 Rödental

Tel.: 09563-1318
Fax: 09563-30327
Mail: info@praxis-dres-harnisch.de
Website:
www.praxis-dres-harnisch.de

Name:

geb.:

Datum:

**Anamnesebogen Orthomolekulare Medizin**

Um die Behandlung Ihrem Gesundheitszustand individuell anzupassen, erbitten wir folgende Angaben, die natürlich unter die **ärztliche Schweigepflicht** fallen.

Telefon ..... **Handy** .....

**Email** ..... Beruf .....

Krankenversicherung ..... Beihilfe ja / nein

Größe ..... Gewicht ..... verh./led./getrennt/verwitwet Kinder .....

Hausarzt .....

Warum sind Sie hier? – **Hauptbeschwerden** .....

.....

.....

Erkrankungen/Operationen/Organschwächen (bitte ankreuzen):

Herz/Kreislauf/Darm/Lunge/Niere/Blase/Unterleib/Leber/Galle/Rheuma/Diabetes/Haut/Nerven/

Migräne/Schwindel/Rücken/Gelenke/häufige Infekte/ Infektionserkrankungen / Allergien /

Ist bei Ihnen ein Bluthochdruck oder eine KHK bekannt? ja / nein

Sind bei Ihnen neurologische Erkrankungen festgestellt worden? ja / nein

Ist bei Ihnen eine Nierenerkrankung bekannt? ja / nein

Leiden Sie an einer Störung der Nebenniere? ja / nein

Leiden Sie an Erkrankungen des Blutbildes? ja / nein

Gibt es aktuelle Blutwerte ja / nein

(insbesondere Blutbild, Leber-, Nieren- und Schilddrüsenwerte)?

Fühlen Sie sich depressiv, müde, erschöpft, weniger Energie? ja / nein

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente/ Vitamine/ Nahrungsergänzungsmittel? ja / nein

Wenn ja welche? ……

……

……

……

……

……

Haben Sie Unverträglichkeiten oder Allergien? ja / nein

Mir ist bekannt, dass die Kosten für die orthomolekulare Beratung und auch Therapie üblicherweise nicht von den gesetzlichen Krankenkassen übernommen werden. Mit einer privaten Rechnungsstellung erkläre ich mich einverstanden. Die Abrechnung erfolgt gemäß (analog) der GOÄ (Gebührenordnung für Ärzte).

Die Gesamtkosten pro Sitzung liegen in Ihrem Behandlungsfall voraussichtlich bei:

Erstkontakt: 131,15 €
Folgekontakt: 60,33 €
Folgekontakt telefonisch oder per Email: 20,10 € - 29,72 € (je nach zeitlichem Aufwand)
Ausstellen von Folgerezepten und Versand an die Apotheke: 10,72 € + Portokosten

Diese Kosten enthalten nicht die Laborkosten. Diese werden durch das jeweilige Labor extra berechnet.

Ich bestätige die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben. Ich habe eine Kopie dieses Aufnahmebogens erhalten.

Unterschrift Patient:

PRAXIS
DRES. HARNISCH
Medizin mit Hand und Fuß

BETRIEBSMEDIZIN
ÄRZTLICHE OSTEOPATHIE
AMERIKANISCHE CHIROPRAKTIK
ORTHOMOLEKULARE MEDIZIN
NATURIDENTISCHE HORMONTHERAPIE
REISEMEDIZIN – GELBFIEBERIMPFSTELLE

Praxis Dres. Harnisch, In der Au 20, 96472 Rödental

In der Au 20
96472 Rödental

Tel.: 09563-1318
Fax: 09563-30327
Mail: info@praxis-dres-harnisch.de
Website:
www.praxis-dres-harnisch.de

Name:

geb.:

Datum:

**Einverständniserklärung zur Erhebung/Übermittlung von Patientendaten gem. Art. 13 DSGVO**

Wir erlauben uns Rezepte, Arztbriefe und angeforderte Befunde mit der Deutschen Post, per Fax oder per Email zu versenden oder im Praxis - Vorbau zur Abholung zu deponieren. Sofern die Chipkarte im Quartal noch eingelesen werden muss, bitten wir diese vorher in den Briefkasten zu werfen. Sie wird mit den angeforderten Unterlagen danach im Vorbau deponiert. Mit Ihrer Unterschrift geben Sie uns dazu das Einverständnis.

Als weitere Serviceleistung bieten wir Ihnen an, dass wir Sie an Impfungen, notwendige Laborkontrollen, Untersuchungen und Medikamentenverordnungen u. ä. erinnern. Mit Ihrer Unterschrift geben Sie uns dazu das Einverständnis.

_____

*Email-Adresse*

_____

*Telefonnummer*

Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie sich damit einverstanden, dass im Rahmen der medizinischen Behandlung Ihre Behandlungsdaten an mitbehandelnde Ärzte/Labore übermittelt werden bzw. Behandlungsdaten von anderen mitbehandelnden Ärzten/Laboren eingeholt werden dürfen.

Außerdem erklären Sie sich mit Ihrer Unterschrift einverstanden, dass Ihre Laborproben an ein mit der Praxis kooperierendes Labor bzw. Speziallabore ergänzender Disziplinen zum Zweck der Untersuchung und Befundung übermittelt werden dürfen.

Sie haben jederzeit das Recht auf eine umfangreiche Auskunftserteilung über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten.

Sie haben das Recht, jederzeit die Berichtigung, Löschung und Sperrung Ihrer personenbezogenen Daten bei ihrem Arzt und dessen Kooperationspartnern zu verlangen, sofern nicht andere gesetzliche Regelungen dagegenstehen.

An folgende Angehörige/Personen dürfen, nach Feststellung der Identität, Behandlungsdaten weitergegeben werden:

Name/Adresse/Telefon:

1 _____

2 _____

3 _____

Ihnen ist bekannt, dass die Daten auf Grund der neuen DSGVO erhoben werden, nur praxisintern genutzt werden und Sie diese Einverständniserklärung jederzeit und ohne Angabe von Gründen ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen werden kann.

Datum:

Unterschrift Patient