

Naturheilpraxis

Raja Ethner

Heilpraktikerin

Naturheilverfahren, Ernährungsberatung, Labordiagnostik, Ohrakupunktur, Mikro- und Nährstoffmedizin, medizinische und psychotherapeutische Hypnotherapie

Lange Str. 104b
33014 Bad Driburg
www.ethner-naturheilpraxis.de

Tel. und Whatsapp: 0151/ 27111928
raja@ethner-naturheilpraxis.de

Instagram: heilpraktikerin.raja

**Sehr geehrter Patient,
um Ihnen eine ganzheitliche individuelle Medizin anbieten zu können, wäre es schön, Sie würden so viele Fragen wie möglich beantworten.**

Sollten Sie irgendwelche persönlichen Angaben nicht schriftlich machen möchten, so ist Ihnen dies natürlich freigestellt.

Wenn möglich erstellen Sie auch eine Aufstellung aller in der Vergangenheit eingenommenen Medikamente/ Nahrungsergänzungsmittel/ homöopathischen Mittel.

In den meisten Fällen benötige ich eine Übersichtsaufnahme (OPG) oder andere Zahnaufnahmen. Bringen Sie bitte möglichst schon zum ersten Termin alle vorhandenen Aufnahmen Ihrer Zähne mit, die Sie beim Zahnarzt anfordern können. Digitale Röntgenaufnahmen können in ausgedruckter (gut sichtbarer Qualität) mitgebracht werden oder direkt an meine Mail Adresse gesendet werden.

WARUM ALL DIESE FRAGEN?

Sie kommen in meine Praxis, weil Sie Beschwerden/ Symptome haben, weil Sie krank sind. Dieser Zustand ist vergleichbar mit einem mit Wasser gefüllten Fass, welches zeitweise oder ständig überläuft. Um alle in Frage kommenden Faktoren/ Elemente zu erkennen (Ernährung, Psyche, emotionale Faktoren, Unfälle, Verletzungen, Impfungen, Vergiftungen, Medikamente, familiäre Veranlagung, Zahnbehandlungen, Umweltfaktoren), die sich im Laufe der Zeit in diesem Fass angesammelt haben, ist eine ausführliche Anamnese äußerst wichtig. So ist es dann möglich, ganzheitlich auf diese verschiedenen Ebenen einzuwirken um den „Wasserpegel“ in dem Fass zu senken, so dass es nicht mehr überläuft → Sie keine oder weniger Beschwerden oder Symptome haben.

Sollten Sie den Fragebogen am PC ausfüllen, benutzen Sie bitte eine andere Farbe für Ihre Antwort, um diese schneller erfassen zu können.

Vorerkrankungen, bitte mit Datum:

.....
.....
.....
.....

Welche Fachärzte oder andere Heilpraktiker haben Sie bereits aufgesucht?

.....
.....
.....

Untersuchungen:

Wann war die letzte Untersuchung, was wurde untersucht; welches Ergebnis; welche Werte waren verändert? Bitte bringen Sie Befunde und Röntgenaufnahmen (auch Zahnaufnahmen) mit, soweit vorhanden.

Röntgen.....
CT.....
MRT.....
Labor.....
EEG/ EKG.....
Magen-/ Darmspiegelung.....

Operationen? (Wo am Körper, Wann)

(zB. Ohr, Mandeln, Kaiserschnitt, Blinddarm, Auge, Arm...etc)

.....
.....
.....
.....

Unfälle?

- Knochenbrüche - Verletzung der Halswirbelsäule/ des Kopfes
- Gehirnerschütterungen/ Schleudertrauma - Verbrennungen
- Vergiftungen

Welche Krankheiten gab es bei:

(Krebs, Herzinfarkte, Bluthochdruck, Diabetes, Kreislauf etc)

Mutter.....woran verstorben.....
Vater.....woran verstorben.....
Großmutter (mütterlicherseits).....woran verstorben.....
Großmutter (väterlicherseits).....woran verstorben.....
Großvater (mütterlicherseits).....woran verstorben.....
Großvater (väterlicherseits).....woran verstorben.....
Geschwister.....woran verstorben.....

Wie viele Geschwister haben Sie?

Als wievielte(r) Ihrer Geschwister sind Sie geboren?

Single?- Verheiratet, seit.....

Geschieden, seit.....

Getrennt lebend, seit.....

Verwitwet, seit.....

Jetzige Lebensgemeinschaft/ Freundin/ Freundin, seit.....mit Mann/ Frau?

Haben Sie Kinder?

- wann sind diese geboren.....
- wie verlief die Schwangerschaft.....
- Krankheiten/ Symptome der eigenen Kinder (wenn vorhanden).....

Welche Medikamente/ Nahrungsergänzung/ Kräuter/ Tees/ Homöopathische Präparate nehmen Sie?

Präparat	Dosis/ Stärke	Morgens	Mittags	Abends	Nacht	Seit.....

Rauchen Sie?.....seit wann?.....wie viel?.....was?.....

Haben Sie vor mit dem Rauchen aufzuhören?

Wenn ja, wann?.....

Wenn nein, warum nicht?.....

Haben Sie jemals Drogen genommen (auch Cannabis)?

Trinken Sie Alkohol?(welchen).....wie oft pro Woche?.....wie viel?.....

Wurden Sie als Kind gestillt?wie lange?.....

Wie war die eigene Schwangerschaft? Gab es Besonderheiten, kamen Medikamente zum Einsatz, gab es starke emotionale

Ereignisse?.....

Wie war die eigene Geburt?.....

Wann kamen die ersten Zähne?.....Milchschorf?.....

Wann fing das Sprechen an?.....Wann fing das Laufen an?.....

Psyche:

Was glauben SIE, warum Sie diese Krankheit/ Symptome/ Beschwerden haben?

Welchen SINN könnten Ihre Beschwerden für SIE haben?

Was können SIE in Ihrem Leben jetzt ändern, um gesund zu werden? Eine Änderung ist sehr wahrscheinlich notwendig, denn Ihr bisheriges Leben hat letztendlich dazu geführt, dass Sie diese Beschwerden haben.

Wollen Sie aus tiefster innerer Überzeugung gesund werden?

Sind Sie spirituell/ gläubig?

Glauben Sie an ein Leben nach dem Tod?

Antriebslosigkeit?

Sind sie nah am Wasser gebaut/ weinen Sie schnell?

Depressionen?.....Unruhe?.....

Konzentrationsprobleme?.....Gedächtnisstörungen?.....

Selbstwertgefühl?

Ordentlich/ pedantisch?

Ängste? (Höhe, Flugangst, Panikattacken, Tiere, Zukunft, Gesundheit, Eltern, Kinder, Verlust,

Examen, Menschen?)

Können Sie gut allein sein?

Ihr äußeres Erscheinungsbild ist Ihnen: sehr wichtig – wichtig - weniger wichtig – egal

Was war für Sie das am tiefsten gehende emotionale Ereignis/ Verletzung in Ihrem bisherigen

Leben?

Welche Musik mögen Sie besonders? Welche Musik berührt Sie emotional?

Welche Berufsausbildung haben Sie?

Was machen Sie im Alltag?

Arbeitsplatzbeschreibung:

Belastende Probleme am Arbeitsplatz?

Belastende Probleme in der Beziehung/ Partnerschaft/ Partnersuche?

Belastende Probleme in der Familie?

Belastende Probleme mit Freunden?

Hobbys:

Immunsystem:

Wie oft haben Sie Infekte (pro Jahr)?

Allergien?(Pollenallergie, Hausstaub, Nahrungsmittel, Medikamente, Tiere, Nickel).

Zeckenbiss?

Borreliose?

Aspirin wird gut vertragen? Ja..... Nein.....

Wann hatten Sie das letzte mal Fieber?.....Wie oft pro Jahr?.....

Haut:

Ausschlag?.....Neurodermitis?.....Milchschorf?.....

Akne?.....Herpes?.....Warzen?.....

Nasenbluten?.....Rissen zwischen den Zähnen?.....

Risse Fingerspitzen?.....Risse Mundwinkel?.....

Hornhaut übermäßig?.....Schnell blaue Flecken?.....

Trockene Haut?.....Schuppen?.....

Vertragen Sie Schafswolle auf der Haut?.....

Vertragen Sie Modeschmuck?.....Fettige Haut?.....

Fettige Haare?.....Trockene Haare?.....Graue Haare ab (Alter).....

Muttermale?.....Leberflecken?.....

Wie oft waren Sie in Ihrem Leben im Solarium?

Tätowierungen?(enthalten oft giftige Phthalate).....Wo?.....Wann gestochen?

Piercings?.....Wo?.....Wann gestochen?.....

Benutzen Sie Deo?.....Welches?.....

Benutzen Sie Parfums? (enthalten oft giftige Phthalate).....

Nägel:

Brüchig?.....Flecken?.....
 Fußnageloperationen?.....
 Einwachsende Nägel?.....
 Nagelpilz?.....Wo?.....wie viel?.....
 Hautfetzen am Nagelrand?.....
 Kauen Sie Fingernägel?.....

Haare:

Ausfall?.....Diffus:.....Regional:.....Lokalisation:.....
 Brüchige Haare?.....Benutzen Sie Haarspray?.....

Ohren:

Tinnitus, Ohrgeräusche?.....Hörfähigkeit eingeschränkt?.....
 Ohrenschmerzen?.....Knacken?.....viel Ohrenschmalz?.....
 Juckreiz?.....Schwindel?.....Risse hinter den Ohren?.....
 Kosmetische Operationen am Ohr?.....
 Wann wurden Ohrlöcher gestochen?.....Entzündete Ohrlöcher?.....

Kopfschmerzen:

Migräne?.....wie oft pro Monat?.....Mit Erbrechen?.....
 - mit Sehstörungen?.....Mit Übelkeit?.....Mit
 Durchfall?.....
 - - mit neurologischen Störungen?.....
 Kopfschmerzen?.....wie oft pro Woche?.....
 Ist Sonne auf dem Kopf ein Problem?.....

Nase:

Nasennebenhöhlenprobleme?.....Schnarchen?.....
 Niesen?.....Niesen in der Sonne?.....Schleim?.....Krusten?.....
 Wie ist die Luftfeuchtigkeit in Prozent?
 - in Ihren Wohnräumen?.....
 - an Ihrem Arbeitsplatz?.....
 - wie viele Stunden fahren Sie Auto pro Tag?.....
 Gibt es Schimmelstellen im Haus oder Keller?.....
 Kosmetische Operationen an der Nase?.....
 Nasenmuschel/ Scheidewand Operationen?.....
 Nasenbluten?.....wie oft?.....Spontan?.....Beim Schnäuzen?.....

Augen:

Trockene Augen?.....Tränen?.....Juckreiz?.....
 Rötungen?.....Schwellungen?.....
 Sehstörungen?.....
 Nachtblindheit?.....Probleme in der Dunkelheit?.....
 Lichtempfindlichkeit?.....
 Grauer Star?.....Grüner Star?.....
 Letzte Augendruckuntersuchung?.....
 Letzte Augenhintergrunduntersuchung?.....
 Kontaktlinsen?.....seit wann?.....
 Augenoperationen?.....Kosmetische Operationen?.....
 Seit wann haben Sie eine Brille?.....
 Wann wurde das Gestell/ Sehkraft das letzte Mal geändert?.....

Mund/ Rachen:

Lippenbändchen als Kind operiert/ geschnitten? Wann?.....

Herpes an den Lippen?..... Wie oft pro Jahr?.....

Rachenmandeln = Adenoid = „Polypen“ noch vorhanden?..... Wann entfernt?.....

Gaumenmandeln = „Mandeln“ noch vorhanden?..... Wann entfernt?.....

Weisheitszähne noch vorhanden?..... Wann entfernt?.....

Wie war die Heilungsphase nach der Entfernung?.....

Gab es längere Entzündungen nach einer Zahnentfernung?.....

Gibt es Zähne, die Sie ab und zu merken/ fühlen/ schmerzen?..... Welche?.....

Tote Zähne?.....seit wann?..... Welche?.....

Wurzelspitzenresektionen?..... Wann?..... Welche?.....

Wurzelfüllungen?..... Wann?..... Welche?.....

Wann war die letzte Röntgenaufnahme der Zähne?
(Übersichtaufnahme; OPG, Einzelaufnahmen) **Bitte Aufnahmen mitbringen!!!**

Entzündetes Zahnfleisch?..... Aphthen?..... Wie oft?.....

Zahnfleischbluten?..... Wie oft?.....

Zahnversiegelungen?..... Seit wann?.....

Füllungen/ Metalle:

- Amalgam? - Palladium?
- Gold?
- Titan? - Kunststoff?
- Keramik?
- Implantate? (Wo, Welches Material?)

Mundgeruch?..... Wie oft?.....

Mundstrom, komisches Gefühl, wenn Sie z.B. Löffel/ Aluminiumdeckel ablecken?.....

Zungenbelag?.....

Komischer Geschmack im Mund?.....

- Schmeckt nach nichts, oft sauer, oft bitter, oft faulig, oft blutig?

Zahnsparren (von wann bis wann)?.....

Aufbisschneide (seit wann)?.....

Zahnröhre – Retainer (von wann bis wann)?.....

Zähneknirschen?..... Zahnstein?.....

Kiefergelenk knacken?.....

Welche Zahnpasta benutzen Sie?.....

Benutzen Sie Mundwasser (Welches)?.....

Professionelle Zahnreinigung: Wie oft im Jahr?..... Wann war der letzte Termin?.....

Schilddrüse:

Vergrößerung?..... Entzündung?..... Zysten?.....

Knoten?..... Antikörper?..... Autoimmunerkrankung?.....

Können Sie eng anliegende Kleidung am Hals ertragen?.....

Brustkorb:

Husten?..... Wie oft?.....

Heiserkeit?..... Wie oft?.....

Asthma?..... Wie oft?.....

- Allergisch?
- Belastungsasthma?

Schmerzen?..... Beim Atmen?..... Bei Anstrengung?.....

Nach dem Essen?..... Nach dem Ärger/ Zorn?.....

Herz/ Kreislauf:

Blutdruck?..... Wann war die letzte Messung?..... Puls?.....
Herzklopfen?..... Wie oft?.....
Herzrasen?..... Wie oft?.....
Herzstiche?..... Wie oft?.....

Ernährung:

Wie groß sind Sie?..... Wie viel wiegen Sie?.....
Gewicht: gleichbleibend.....Starke Zunahme.....Starke Abnahme(Wie viel Kg; in welcher Zeit)?
.....
BMI?.....Fettmasse?.....
Haben Sie schon mal gefastet?..... Wann?..... Wie lange?.....

Wie sieht Ihr typisches Frühstück aus? Was essen und trinken Sie und zu welcher Uhrzeit?

Wie sieht Ihr typisches Mittagessen aus? Was essen und trinken Sie und zu welcher Uhrzeit?

Wie sieht ihr typisches Abendessen aus? Was essen und trinken Sie und zu welcher Uhrzeit?

Welche Zwischenmahlzeiten gibt es? Was essen und trinken Sie dann?

Wann essen und trinken Sie das letzte Mal und was essen/ trinken Sie dann?

Vegetarisch?..... Vegan?..... Paleo?..... seit wann?.....
Wie oft See- Fisch (auch Lachs aufs Brot/ Matjes/ Hering)?
Pro Woche? (wichtig für Jod/ Omega 3 Versorgung).....
Wie oft frittierte oder panierte Speisen pro Woche?.....
Wie viel Eier pro Woche?..... Wie viele Nüsse pro Woche?.....
Welches Öl verwenden Sie?..... Essen Sie Butter oder Margarine?.....
Wie oft Limonade (Cola) pro Woche?..... Wie oft Light Produkte/ Woche?.....
Wie oft Süßigkeiten/ Zucker pro Woche?..... Wie oft Diabetikerprodukte/ Woche?.....
Wie oft Zuckeraustauschstoffe pro Woche?.....
Welche sonstigen Getränke?.....
- Gesamtflüssigkeits- Menge pro Tag (alle Getränke zusammen)..... Liter?
- Trinken Sie nachts?..... schwarzer Tee, welche Menge?.....
- Grüner Tee, welche Menge..... Kaffee, welche Menge?.....
- Energy Drinks?.....
Essen Sie nachts?.....

Kauen Sie zuckerfreie Kaugummis oder Lutschbonbons?.....
Was essen Sie besonders gern?.....
Was mögen Sie überhaupt nicht?.....
Was vertragen Sie nicht, von welchen Speisen merken Sie etwas?.....
Tretten Beschwerden auf nach dem Verzehr von:
- Brot, Müsli, Kartoffeln, Reis, Nudeln, Gluten-
Unverträglichkeit?.....
- Hartkäse, Emmentaler, Rotwein, Thunfisch, Salami, Sauerkraut, Histamin-
Unverträglichkeit?.....
- Obst, Obstsaft, Limonaden, Fructose- Unverträglichkeit?.....
Nahrungsmittel Allergien?.....

Magen- Darm:

Blinddarm vorhanden?..... Wann entfernt?.....
Wann war die letzte Darmkrebsvorsorge?..... Wann war die letzte Darmspiegelung?.....
Wann war die letzte Magenspiegelung?.....
Stuhlgang.....x/ Tag.....x/ Woche – Hat sich die Häufigkeit verändert?.....
Stuhl meistens: Hart- Normal- Weich/ Breiig- Flüssig- Wie Schafskot (dunkle Kügelchen)- klebrig?

Farbe des Stuhlgangs? Dunkelbraun- Hellbraun- Gelblich- Grünlich- Rötlich- Schwarz?

Enthält der Stuhl Beimengungen? Schleim- Blut- unverdaute Speisen- Eiter?

Hämorrhoiden?.....Fisteln?.....
Analfissuren/ Risse?.....Wie oft?.....
Magenschmerzen?.....Wann (vor/ nach dem Essen).....Wie oft?.....
Blähungen, Rumoren/ Darmkollern/ Darmgeräusche, Völlegefühl im Bauch/ Magen? Wie oft?.....
Bauchschmerzen/ Reizdarm?.....
- strahlen in Rücken oder Schulter
- strahlen gürtelförmig unterhalb des Nabels
- im rechten Unterbauch
- sofort nach dem Essen.....20 min. nach dem Essen.....1 Std nach dem Essen
- Wann?: morgens- tagsüber- nachts – nüchtern- vor den Mahlzeiten

Erbrechen?.....Sodbrennen?.....Appetitlosigkeit?.....

Übelkeit?.....Vor? Während? Nach dem Essen? Besser durch Essen?

Aufstoßen?.....Wie oft?.....

- wie schmeckt das Aufgestoßene? Nach nichts, oft sauer, oft bitter, oft faulig, oft blutig?
- Wie ist der Geruch? Übel, faulig, säuerlich, wie Fisch, wie verfaulte Eier, geruchlos

Haben oder hatten Sie Würmer oder andere Parasiten?.....

Haben Sie Haustiere?.....Waren Sie im Ausland?(Wo).....

Blase:

Entzündungen?.....Wie oft?.....

Urinverlust? Bei Husten?.....Lachen?.....Springen?.....

Harndrang (Bedürfnis zum Wasserlassen)?.....x/ Tag.....x/ Nacht

Niere:

Steine?.....Grieß?.....Entzündungen?.....Zysten?.....

Gynäkologie:

Ausfluss?

Zyklusblutung alle <2 Wochen..... alle 2 Wochen.....alle 3 Wochen.....alle 4 Wochen

Wie viele Tage starke Blutung?.....Wie viele Tage leichte Blutung?.....

Wie alt waren Sie bei Ihrer ersten Regelblutung?.....

Zwischenblutungen?.....

Unterleibschmerzen? Wann? Wo?

Brustschmerzen/ Brustschwellung/ Spannungsgefühle vor der Regel?.....

Wassereinlagerungen?.....Psychische Beschwerden Zyklus bedingt?.....

Myome? Zysten?.....Pille, seit wann?.....

Ring? Seit wann?.....Spirale? Welche, seit Wann?.....

Unerfüllter Kinderwunsch?.....

Abtreibungen?.....Wann?.....Fehlgeburten?.....Wann?.....

Entbindungen, welches Jahr?.....

Kaiserschnittnarbe?.....Wurden Sie nach der Entbindung „genäht“?.....

Prostata- männliches Glied:

Entzündungen?.....Unerfüllter Kinderwunsch?.....

Phimose oder Entzündungen der Harnröhre?.....Beschneidung?.....

Auf 7 Tage geschätzt, werden Sie.....x mal mit einer morgendlichen Erektion wach?

Sexualität:

Heterosexuell - Homosexuell – Bisexuell?

Wie sind Sie mit Ihrem Sexualleben zufrieden auf einer Skala 0 – 10 (0 = total unzufrieden; 10 = sehr zufrieden)?

Bedürfnis normal?.....Bedürfnis erhöht?.....Bedürfnis vermindert?.....

Beschwerden vor/ während/ nach dem Geschlechtsverkehr?.....

Bewegungsapparat:

Arthrose:.....Welche Gelenke?.....

Zittern?.....

Muskelschwäche?.....Taubheitsgefühl?.....Kribbelgefühl?.....

Rückenschmerzen, Hernien, Hexenschuss, Ischias?.....

Krämpfe in den Beinen?.....Wie oft?.....

Wachstumsschmerzen?.....Wie oft?.....

Arthroskopien?.....Krampfadern?.....

Schlaf:

Wie viel Stunden Schlaf brauchen Sie?.....Wie viel bekommen Sie tatsächlich?.....

Einschlafen:

Schnell.....<15 Min.....< 30 Min.....< 45 Min.....<60 Min.....< 90 Min.....<120 Min

Durchschlafen:.....0x wach.....1x wach.....2x wach3x wach.....> 3x wach

Schnarchen?.....Atemaussetzer?.....

Speichelfluss aus dem Mund während des Schlafes?.....

Lieblings- Schlafposition?.....Auf was für einer Matratze schlafen Sie?.....

Schlafwandel?.....Hat der Mond Einfluss auf Sie?.....

Nächtliches Schwitzen?.....Traumlos?.....Alpträume?.....

Haben Sie Elektrogeräte im Schlafzimmer, wenn ja, welche?.....

Stoffwechsel:

Gicht?.....Diabetes Typ 1?Diabetes Typ 2?

Energie:

Allgemein fröstelig?.....Allgemein viel Körperwärme?.....

Kalte Hände?.....Kalte Füße?.....Heiße Hände?.....

Stecken Sie Ihre Füße aus dem Bett?.....Zugluft Empfindlichkeit?.....

Ausgeprägtes Verlangen nach frischer Luft?.....

Schwitzen?

- Schnell?

- Gar nicht?

- Wo?

- Achseln? - Füße?

- Hände?

- Schweißgeruch? (Nach was riecht der Schweiß?).....

Sonne wird: gut vertragen?.....schlecht vertragen?.....

Frühjahrsbeschwerden?.....Sommerbeschwerden?.....

Herbstbeschwerden?.....Winterbeschwerden?.....

Wetterfühligkeit?.....

In den Bergen fühle ich mich: besser – gleich – schlechter?

Am Meer fühle ich mich: besser – gleich – schlechter?

Tageszeiten, zu denen ich fit bin:.....

Tageszeiten, zu denen ich müde/ schlapp/ schwach bin:.....

Energie: Wie viel Prozent Ihrer „normalen“ Energie stehen Ihnen zurzeit zur Verfügung auf einer Skala von 0 – 100 % (0% = überhaupt keine Energie; 100% = sehr gute Energie)?.....

Haben Sie noch Schnellkraft (können Sie von jetzt auf gleich einem Bus hinterherlaufen)?.....

Welchen Sport machen Sie?.....

- Wie oft pro Woche?

- Wie lange?

Sauna:.....x pro Woche?

Yoga:.....x pro Woche?

Meditation:.....x pro Woche?

Impfungen – bitte Impfpass mitbringen!!!

Tetanus Impfungen:.....Datum

Diphtherie Impfungen:.....Datum

Polio Impfungen:.....Datum

MMR (Mumps, Masern, Röteln) Impfungen:.....Datum

Hepatitis A Impfungen:.....Datum

HPV Impfungen:.....Datum

Hepatitis B Impfungen:.....Datum

Gelbfieber Impfungen:.....Datum

Keuchhusten Impfungen:.....Datum

Tuberkulose (BCG) geimpft?.....Datum

Covid Impfungen?.....Datum

Sonstige

Impfungen?.....

Hatten Sie auf Impfungen wahrnehmbare Reaktionen?

(Rötung, Schwellung, Eiter, Müdigkeit, Schwäche, Infekte, Fieber.....etc)

Naturheilpraxis

Raja Ethner

Heilpraktikerin

Lange Str. 104b

33014 Bad Driburg

Behandlungsvertrag der individuellen Gesundheitsleistungen

Name:..... Geburtsdatum:.....
Vorname:..... Telefon:.....
Straße + Hausnr.:..... E- Mail:.....
PLZ + Wohnort:..... Krankenversicherung:.....
Versicherungsstatus:privat versichertBeihilfe versichertprivate Leistung

<u>Behandlungshonorare werden in der Regel nach Zeitaufwand abgerechnet</u>	
Leistungsbeschreibung	Betrag in Euro
Erstgespräch und Folgegespräche ganzheitliche Medizin (Bei geringerem/ höherem Zeitaufwand wird der Betrag dementsprechend angepasst)	100,- Euro/ Stunde
Hypnotherapie Erstsitzung (Dauer der Sitzung 60 - 90 Minuten)	220 Euro/ Sitzung
Hypnotherapie Folgesitzungen (Dauer der Sitzung 30 - 60 Minuten)	180 Euro/ Sitzung
Raucherentwöhnung	550 Euro/ Sitzung
Infusionen (Bei geringerem/ höherem Zeitaufwand wird der Betrag dementsprechend angepasst, Materialkosten werden zusätzlich berechnet)	80 Euro/ Stunde

Zahlung und Terminabsagen

Mir ist bewusst, dass es mitunter erhebliche Unterschiede zwischen der Rechnungsstellung gibt und dem, was Kostenträger bereit sind zu erstatten.
Dies hängt u. a. Bei Privatversicherten von den geschlossenen Versicherungsträgern ab. Beim Finanzamt ist die Anerkennung als außergewöhnliche Belastung u. a. von meinem Einkommen und meiner familiären Situation abhängig. Da das Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker aus dem Jahre 1985 stammt und die Praxiskosten seitdem gravierend gestiegen sind, wird es auch Differenzen geben. Die Laborleistungen sind in den Praxiskosten nicht mit inbegriffen und werden von Labor gesondert ausgestellt.
Gesetzliche Krankenkassen übernehmen Heilpraktikerkosten in der Regel nicht.
Sofern ich einen Termin nicht wahrnehmen kann, muss ich spätestens 24 Stunden vorher persönlich oder telefonisch absagen. Sage ich einen Termin nicht rechtzeitig ab, kann mir der jeweilige Betrag zu 50% gemäß §615 BGB privat in Rechnung gestellt werden. Meine Krankenversicherung übernimmt diese Kosten nicht.
Das vereinbarte Honorar kann sowohl unter als auch über dem Betrag liegen, welchen private Krankenversicherungen oder Beihilfestellen ersetzen. Fehlende Versicherung, Unterversicherung sowie versicherungsvertragliche oder beihilferechtliche Vorschriften sind nicht Bestandteil des Behandlungsvertrags und erlauben keine Kürzungen der Liquidation.
Sämtliche Ansprüche, die aus dem Behandlungsvertrag resultieren, dürfen von mir weder abgetreten noch verpfändet werden, soweit sie nicht den gesetzlichen Forderungsübergang unterliegen.
Sollte es im Laufe der Behandlung zu einer Kommunikation über digitale Medien kommen (E- Mail, WhatsApp, Messenger oder Ähnliches) stimme ich auch hiermit den entsprechenden Datenschutzbestimmungen der jeweiligen Dienste und entbinde die Heilpraktikerin, Raja Ethner, aus jeglicher Haftung, die aus der Nutzung dieser Dienste entstehen könnte.
Rechnungen und Therapiepläne werden verschlüsselt per Mail versendet, auch hier stimme ich den entsprechenden Datenschutzbestimmungen der jeweiligen Dienste zu und entbinde die Heilpraktikerin, Raja Ethner, aus jeglicher Haftung, die aus der Nutzung dieser Dienste entstehen können.

.....
Unterschrift der Patientin/ des Patienten/ der gesetzlichen Vertreterin/ des gesetzlichen Vertreters

Aushang Patienteninformation zum Datenschutz

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten ist uns wichtig. Nach der EU-DatenschutzGrundverordnung (DSGVO) sind wir verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck unsere Praxis Daten erhebt, speichert oder weiterleitet. Der Information können Sie auch entnehmen, welche Rechte Sie haben.

1. Verantwortlichkeit für die Datenverarbeitung

Verantwortlich für die Datenverarbeitung ist:

Praxis: Naturheilpraxis Raja Ethner
Straße, Hausnummer: Lange Str. 104b
Postleitzahl, Ort: 33014 Bad Driburg
Telefon 0151/ 27111928
E-Mail raja@ethner-naturheilpraxis.de

2. Zweck der Datenverarbeitung

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und uns und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen. Hierzu verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Ihre Gesundheitsdaten. Dazu zählen alle Daten die auf einer ärztlichen Verordnung aufgeführt sind sowie Diagnosen, Therapieansätze und -methoden und Befunde, die wir oder Ärzte erheben. Zu diesen Zwecken können uns auch andere Ärzte oder Therapeuten, bei denen Sie in Behandlung sind, Daten zur Verfügung stellen, z.B. in Arztbriefen oder Therapieberichten. Die Erhebung von Gesundheitsdaten ist Voraussetzung für Ihre Behandlung. Diese notwendigen Informationen benötigen wir, um eine sorgfältige Behandlung durchzuführen.

3. Empfänger Ihrer Daten

Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben. Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten können vor allem andere Ärzte, andere Therapeuten, Krankenkassen, der Medizinische Dienst der Krankenversicherung und 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 berechtigte Empfänger.

4. Speicherung Ihrer Daten

Wir bewahren Ihre personenbezogenen Daten nur solange auf, wie dies gesetzlich erforderlich ist. Aufgrund rechtlicher Vorgaben sind wir dazu verpflichtet, diese Daten mindestens zehn Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren. Nach anderen Vorschriften können sich längere Aufbewahrungsfristen ergeben.

5. Ihre Rechte

Sie haben das Recht, über die Sie 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 benötigen wir Ihr Einverständnis. In diesen Fällen haben Sie das Recht, die Einwilligung für die zukünftige Verarbeitung zu widerrufen. Sie haben ferner 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 uns zuständigen Aufsichtsbehörde lautet:
Name: Gesundheitsamt Höxter
Anschrift: Moltkestr 12; 37671 Höxter

6. 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. Sollten Sie Fragen haben, können Sie sich gern an uns wenden.

Ihr Praxisteam

Stand 6. April 2018

Einwilligungserklärung in die Datenverarbeitung

von

Herrn / Frau

Anschrift

Ich bin einverstanden, dass durch die Praxis: Naturheilpraxis Raja Ethner meine Daten zu folgenden Zwecken erhoben, verarbeitet und genutzt werden: Zur Pflege der Kontaktdaten, der Erfüllung des Behandlungsvertrags, zur Abrechnung erbrachter Leistungen mit Krankenkassen, Abrechnungsstellen oder dem Patienten, zur therapeutischen Dokumentation, zum Erstellen von Behandlungsberichten und Arztbriefen.

Zu diesen Zwecken können Ihre Daten an den überweisenden Arzt, die Krankenkasse und/oder die Abrechnungsfirma weitergegeben oder übermittelt werden. Dort werden diese ebenfalls zu folgenden Zwecken verarbeitet und genutzt: Zur Pflege der Kontaktdaten, zur Abrechnung erbrachter Leistungen mit Krankenkassen, zur therapeutischen Dokumentation.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass

- die im Rahmen der vorstehenden genannten Zweck erhobenen persönlichen Daten meiner Person unter Beachtung des DSGVO und des BDSG erhoben, verarbeitet, genutzt und übermittelt werden.
- die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten auf freiwilliger Basis erfolgt und dass ich mein Einverständnis verweigern mit der Folge, dass der Behandlungsvertrag nicht erfüllt werden kann/nicht zustande kommt und die Behandlung mit der Krankenkasse nicht abgerechnet werden kann.
- Ich bin jederzeit berechtigt, Auskunft über die zu meiner Person gespeicherten Daten zu verlangen.
- Ich bin jederzeit berechtigt, die Berichtigung, Löschung oder Sperrung einzelner personenbezogener Daten zu verlangen. - Ich bin jederzeit berechtigt, mit Wirkung für die Zukunft diese Einwilligungserklärung zu widerrufen.

Im Falle des Widerrufs ist der Widerruf zu richten an:

Praxis: Naturheilpraxis Raja Ethner

Straße: Lange Str. 104b

PLZ Ort: 33014 Bad Driburg

Im Falle des Widerrufs werden meine Daten nach Ablauf gesetzlicher Fristen und falls solche nicht mehr zu beachten sind, mit dem Zugang der Willenserklärung der Praxis gelöscht. Die Praxis wird meinen Widerruf an die o. g. Dritten weiterleiten, die ihrerseits dann meine Daten löschen.

Den „Aushang Patienteninformation zum Datenschutz“ habe ich gelesen und verstanden.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift