Die Doppelpraxis GbR -
Mukta Fischer Hp & Petra Tubach

petra & mukta
KRAFT | FREIHEIT | SINN

Liebe(r) Klient(in),

wir heißen Sie bei uns in der Praxis herzlich Willkommen! Bei einer Sitzung in unserer Doppelpraxis, erfahren Sie einzigartige, tiefgreifende und lebensverändernde Hilfe und Unterstützung.
Unabhängig davon, ob Ihr Anliegen Sie körperlich oder psychisch-seelisch belastet oder ob ein wichtiger Schritt oder Lebensabschnitt blockiert ist, stehen wir Ihnen mit all unseren einzigartigen Kompetenzen zur Seite. Bitte nehmen Sie sich einige Minuten Zeit, unseren Anamnesebogen auszufüllen. Bei Fragen helfen wir gerne weiter.

Wir sind den neuen DSGVO Bestimmungen verpflichtet!
Ihre Informationen unterstehen selbstverständlich der Schweigepflicht und sind keinem Dritten zugänglich.
Mit Ihrer Unterschrift willigen Sie der Verarbeitung Ihrer Gesundheitsdaten datenschutzrechtlich im Zusammenhang mit der Behandlung in der Praxis und Folgeservice ein.

Doppelpraxis GbR, Petra Tubach & Mukta Fischer, Oberheckerweg 9A in 56112 Lahnstein

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass die Verarbeitung meiner Daten zum Zweck der medizinischen Behandlung (Anamnese, Befunderhebung, Diagnose, Therapie, Nachsorge etc.) erforderlich ist. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass die Einwilligung die Verarbeitung sensibler Daten (Gesundheitsdaten) umfasst.
Meine Einwilligung erfolgt freiwillig.

Lahnstein, den

_____
Datum **Unterschrift des Klienten/ der Klientin**

Ich kann meine Einwilligung jeder Zeit und ohne Angabe von Gründen widerrufen. Im Falle eines Widerrufs ist eine Fortsetzung der Behandlung durch den datenschutzrechtlichen Verantwortlichen nicht mehr möglich.
Die Einwilligung kann mündlich oder schriftlich Wiederrufen werden.

Anamnesebogen:

_____
Name, Vorname **Geburtsdatum**

_____
Straße, Hausnummer **PLZ, Ort**

_____
Telefon, privat/geschäftlich

_____❒_ja ____❒_nein_____
E-mail **Eintrag in unseren Newsletterverteiler max. 1x monatlich**

Betrifft Heilpraxis Mukta Fischer:

Krankenversicherung ❒ gesetzlich bei
_____

❒ HP Zusatzversichert bei
_____

❒ privat bei
_____

Beruf _____ ❒ ich sitze viel ❒ ich stehe viel ❒ ich arbeite körperlich

Sport ❒ nein ❒ ja Sportart _____

Lebenssituation ❒ ich bin Single ❒ ich lebe in einer Partnerschaft

❒ getrennt lebend ❒ geschieden ❒ Religion _____

❒ Kinder? Wenn ja, wieviele?_____ Alter der Kinder_____

Sind Sie in ärztlicher Behandlung?

❒ nein ❒ ja, bei ❒ Facharzt ❒ Hausarzt ❒ Heilpraktiker ❒ Psychologe/Therapeut

Name, Anschrift

_____

_____

So geht es mir jetzt:

❒ ich habe **keine Beschwerden**, ich komme aus vorsorglichen Gründen.

❒ich **habe körperliche Beschwerden** im Bereich:

❒ Lendenwirbelsäule	❒ Schultern	❒ links	❒ rechts
❒ Brustwirbelsäule	❒ Oberarm	❒ links	❒ rechts
❒ Halswirbelsäule	❒ Ellenbogen	❒ links	❒ rechts
❒ Brustkorb	❒ Hüfte	❒ links	❒ rechts
❒ Kopf	❒ Unterarm	❒ links	❒ rechts
❒ Gesicht	❒ Knie	❒ links	❒ rechts
❒ Oberbauch	❒ Hand	❒ links	❒ rechts
❒ Unterbauch	❒ Fuß	❒ links	❒ rechts
❒ Zähne	❒ Unterschenkel	❒ links	❒ rechts
❒ psychisch	❒ Oberschenkel	❒ links	❒ rechts

❒ **Meine Beschwerden sind chronisch seit:** _____ Wochen _____ Monaten _____Jahren

Bisher gestellte Diagnosen:

_____

_____

Vermutungen:_____

Bisherige Diagnostik zur Befunderhebung:

Labor

_____

Röntgen

_____

MRT / CT

_____

Welche Art von Behandlungen haben Sie in den letzten 2 Jahren erhalten?

_____
_____

Psychische emotionale Belastung durch:

_____

Unfälle / Stürze:

_____

wann:_____

Nehmen Sie Medikamente? ❒ nein ❒ ja, welche

_____

Geburt ❒ normale Geburt ❒ Kaiserschnitt ❒ Geburt mit Hilfsmitteln ❒ andere Komplikationen

wichtige Informationen

_____

Gab es Kinderkrankheiten mit Komplikationen?

❒ nein ❒ ja, welche

_____

Ich habe in den letzten Jahren eine Impfung erhalten

❒ nein ❒ ja, welche

_____

Haben Sie Allergien?

❒ nein ❒ ja, welche?

_____

Gab es nennenswerte Krankheiten in der Kindheit?

❒ nein ❒ ja, welche
_____

im Alter von _____ Jahren

Menstruation: **Einnahme Hormone:**

wie lange? _____ ❒ nein ❒ ja,
welche Hormone? ____ _____

wie oft? _____**Klimakterium Beschwerden:**

schmerzhaft? ❒ nein ❒ ja, wo _____❒ nein ❒ ja,
welche_____

Gab es Operationen?

❒ nein ❒ ja, wo und
wann_____

_____

Waren Sie schon mal in chiropraktischer und/oder osteopathischer Behandlung?

❒ nein ❒ ja, zuletzt am _____ bei
_____

Hier finde ich mich anteilig wieder:

❒ schnelle Gewichtszunahme
❒ Verstopfung
❒ ich bin unzufrieden
❒ mein Leben muss sich ändern
❒ Essen schlingen
❒ Morgens bin ich müde
❒ Suchtverhalten
❒ Nagelprobleme
❒ Stimmungsschwankungen
❒ schlechtes Allgemeinbefinden
❒ spätes Essen
❒ Instant-Produkte und Fast Food
❒ wenig Obst und Gemüse
❒ Narben
❒ Gleichgültigkeit
❒ wetterfühlig
❒ Traurigkeit
❒ Eifersucht

❒ Übergewicht
❒ Haarausfall
❒ Durchfall
❒ Sodbrennen
❒ Einsamkeit
❒ Kontaktscheu
❒ Untergewicht
❒ starkes Schwitzen
❒ kein Frühstück
❒ Keine Zeit zum Essen
❒ Steifheit
❒ Bindegewebsschwäche
❒ Schwangerschaftsstreifen
❒ Optimist
❒ Pessimist
❒ Beziehungsängste
❒ Ängste allgemein
❒ Augenringe

❒ Müdigkeit
❒ Schlafstörungen
❒ Blähungen
❒ Verdauungsprobleme
❒ Hautirritationen
❒ Rheuma Beschwerden
❒ Appetitmangel
❒ Hämorriden
❒ Sportmuffel
❒ Verspannung
❒ Orangenhaut
❒ Tränensäcke
❒ grobporige Haut
❒ Potenzprobleme
❒ unerfüllte Sexualität
❒ Herzdruck
❒ Erschöpfung
❒ schwere Beine

Weitere Info und allgemeine Aufklärungspflicht:

Lieber Klient, die in unserer Praxis durchgeführten Körpertherapieverfahren sind sanfte, meist schmerzlose, auf den jeweiligen Körper ausgerichtete, manuelle Techniken, die Risiken auf ein Mindestmaß reduzieren. Dennoch sind wir vom Gesetzgeber dazu verpflichtet, Sie über Gefahren von chiropraktischen Maßnahmen aufzuklären.

1. Urteil des Oberlandesgericht Düsseldorf (vom 08.07.1993, Zeichen 302/91)
„Über eventuelle Gefahren chiropraktischer Maßnahmen ist aufzuklären" In diesem Urteil wird verlangt, dass der Patient über das Risiko aufgeklärt werden muss, dass es in seltenen Fällen, trotz korrekter Durchführung der Manipulation an der Halswirbelsäule, zu dauerhaften Durchblutungsstörungen des Kopfes kommen kann."

2. Urteil des Oberlandesgerichts Stuttgart (vom 20.02.19997, Zeichen 14U 44/96)
„Ein Heilbehandler (Arzt, Heilpraktiker, Physiotherapeut) darf sich vor chiropraktischen Eingriffen nicht auf den Hinweis beschränken, dass es im Anschluss an die Behandlung auch zu einer Verschlechterung der Beschwerden kommen könne." Vielmehr ist ein durch einen Bandscheibenvorfall vorgeschädigte(r) Klientin/Klient darüber in Kenntnis zu setzen, dass es auch bei fehlerfreier Durchführung beim Eingriff zu einer Verlagerung vom Bandscheibengewebe und in der Folge zu einer spinalen Wurzelkompression kommen kann.
Dieser Hinweis ist zur Wahrung des Selbstbestimmungsrechts des Klienten dringend geboten, wenn ein Erfolg durch die Chirotherapie ungewiss ist, dem Heilbehandler bekannt ist, dass es dem Klienten darauf ankommt, eine Bandscheibenoperation zu vermeiden."

Ich wurde / werde über evtl. Risiken, bzw. Nebenwirkungen der durchgeführten Maßnahmen ausführlich (auch mündlich) in Kenntnis gesetzt und erkläre mich damit einverstanden. Wurden eventuell, bereits von Ärzten vorgeschlagene Operationen oder Behandlungen (z.B. Chemotherapie) abgelehnt oder aufgeschoben, so erfolgt dies ausschließlich in Eigenverantwortung des Klienten. Unsere Behandlungen und Untersuchungen stellen eine Ergänzung zu schulmedizinischen Behandlungen und Untersuchungen dar, sie ersetzen nicht den Arzt.

Zur Untersuchung:
Bitte bringen Sie vorhandene Laboruntersuchungen, Krankenberichte, Röntgenbilder etc. zum Ersttermin mit in die Praxis.

Zum Thema Abrechnung heilpraktischer Behandlungen:
Wir informieren Sie darüber, dass Sie unmittelbarer Vertragspartner mit uns sind.
1.) Sind Sie gesetzlich versichert, informieren Sie sich bitte über unsere Selbstzahlerpreise.
Hartz-4 Empfänger können auf Nachfrage einen Preisnachlass erhalten, bitte informieren Sie sich dazu **vorher rechtzeitig** bei uns. Gerne geben wir Empfehlungen zur Zusatzversicherung für HP. Fragen Sie uns.
2.) Die Rechnungen werden direkt nach jeder Behandlung geschrieben und per mail verschickt. Das Honorar wird sofort nach Behandlung fällig und ist sofort nach Erhalt der Rechnung per Überweisung zu bezahlen.
3.) Sind Sie privat - oder zusatzversichert, erhalten Sie anteilig von Mukta Fischer eine Rechnung laut Gebühr (Gebührenordnung für Heilpraktiker). Anmerkung: Wir arbeiten in dieser Praxis diagnostisch und therapeutisch konzeptorientiert zum Wohl Ihrer Gesundheit. Die Kombination der Maßnahmen basiert auf unserer langjährigen Erfahrung und wird individuell Ihren aktuellen Themen und Beschwerden angepasst. Einige private Krankenkassen haben hierzu eigene Richtlinien, die dazu führen, dass manchmal nicht alle Leistungen in voller Höhe übernommen werden. Ich (Mukta Fischer) behalte mir vor, an einem Tag zu beraten und zu untersuchen und chiropraktisch und ostheopathisch zu behandeln. Für eine volle Erstattung meiner Leistungen kann ich nicht garantieren. Außerdem behalte ich mir vor, in einzelnen, besonderen Fällen, je nach Aufwand, bis zum 2-3 fachen Satz der Gebührenordnung für Heilpraktiker zu berechnen.
Die Leistungen von Petra Tubach sind grundsätzlich nicht erstattungsfähig und werden separat in Rechnung gestellt.

Bezüglich der Terminvereinbarung:
Um längere Wartezeiten zu vermeiden, reservieren wir für Sie Termine. Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass Terminabsagen 48 Std. vor Ihrem mit uns vereinbarten Termin nicht berechnet werden. In allen anderen Fällen sind wir nach BGB § 252 berechtigt, die Praxisausfallkosten (Behandlungsgebühr) in Rechnung zu stellen.

Ich sehe mich im Stande, die Kosten, d.h. das Praxishonorar selbst zu bezahlen.
Bitte unterzeichnen Sie Ihre Kenntnisnahme, die Richtigkeit der gemachten Angaben und Ihr Einverständnis zu obigen Angaben.

_____ _____
Ort, Datum Unterschrift