

**Ludger Scheffer**  
**Naturheilkunde, Physiotherapie, Training**  
**Heilpraktiker / Physiotherapeut**

Fragebogen und Patienteninformation

Datum \_\_\_\_\_

Name : \_\_\_\_\_ Vorname : \_\_\_\_\_

Straße, Nr. : \_\_\_\_\_ PLZ, Wohnort: \_\_\_\_\_

Geburtstag : \_\_\_\_\_ Beruf : \_\_\_\_\_

Familiestand : \_\_\_\_\_ Kinder : \_\_\_\_\_

Tel. Priv. : \_\_\_\_\_ Tel. Gesch. : \_\_\_\_\_

E-Mail : \_\_\_\_\_ Praxisinformationen per Mail ja  nein

**Wichtige Informationen von Ihnen**

Größe: \_\_\_\_\_ Gewicht \_\_\_\_\_

Berufliche Belastung: \_\_\_\_\_ Hobby/Sport: \_\_\_\_\_

Unter welchen chronischen oder akuten Beschwerden leiden Sie?

- \_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_

- \_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_

- \_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_

- \_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_

Bitte geben Sie kurz ihre bisherigen Erkrankungen, Unfälle und Operationen an:

- \_\_\_\_\_ Jahr: \_\_\_\_\_

- \_\_\_\_\_ Jahr: \_\_\_\_\_

- \_\_\_\_\_ Jahr: \_\_\_\_\_

- \_\_\_\_\_ Jahr: \_\_\_\_\_

Sind bei Ihnen Allergien bekannt? Wenn ja, welche:

Nein  Ja \_\_\_\_\_

Sind bei Ihnen im Rahmen einer Therapie schon mal allergische Reaktionen vorgekommen?  
Wenn ja, in welcher Form und durch welchen Auslöser:

Nein  Ja \_\_\_\_\_

Leiden Sie unter Hämophilie(**Bluterkrankheit**) oder nehmen sie die Blutgerinnung hemmende  
Medikamente ein (Marcomar, Aspirin, usw)?

Nein  Ja \_\_\_\_\_

Leiden Sie an Osteoporose?

Nein  Ja

Nehmen sie regelmäßig **Medikamente**?

Nein  Ja \_\_\_\_\_

Was halten Sie sonst noch für wichtig in Bezug auf die Therapie, was sollte ich noch wissen?

- \_\_\_\_\_  
- \_\_\_\_\_

Welchen Behandlungswunsch und welche Behandlungsziele haben Sie:

- \_\_\_\_\_  
- \_\_\_\_\_

Auch wenn ernste Komplikationen eher selten sind, bin ich rechtlich gehalten, ihnen die seltenen Ausnahmefälle aufzuführen.

Bei Spritzen- Nadel- oder Infusionsbehandlungen kann es in seltenen Fällen zu Blutergüssen, Abzeßbildung, allergischen Reaktionen bis zum Schock oder Nervenschädigungen kommen. Bei Manipulationen an der Wirbelsäule kann es zu Verletzungen von Gefäßen, Nerven, Bandscheiben und Wirbelkörpern kommen. Wenn es zu den genannten Reaktionen kommt, sollten sie sich unverzüglich in der Praxis melden, oder bei Nichterreichbarkeit einen Arzt oder das nächstliegende Krankenhaus kontaktieren.

Sollten Sie parallel Schulmedizinische oder andere Therapien in Anspruch nehmen, setzen sie mich bitte darüber in Kenntnis um Kreuzreaktionen zu vermeiden.

Es besteht die Möglichkeit, dass Zusatzversicherungen, Beihilfestellen oder Private Krankenversicherungen die Kosten möglicherweise nur teilweise oder gar nicht übernehmen. Unabhängig davon sind die Behandlungskosten innerhalb von 30 Tagen nach Erhalt der Rechnung zu zahlen.

Fest vereinbarte Termine, die von Ihnen nicht bis 24 Stunden vor dem Termin abgesagt werden und nicht wargenommen werden, stelle ich pauschal mit 50,-€ in Rechnung.

**Ich bin mit folgenden Behandlungen nicht einverstanden (Bitte ankreuzen).**

**0 Ich benötige dazu eine Beratung.**

Injektionen/Blutentnahme  Akupunktur  Chiropraktik  Triggerpunktbehandlungen

Zahlungswunsch :

Rechnung für Privat-Krankenversicherung \_\_\_\_\_  
(Name u. Tarif der PKV)

Rechnung für Zusatzversicherung \_\_\_\_\_  
(Name u. Tarif der ZKV)

Beihilfe

Rechnung für das Finanzamt

Barzahlung

Ratenzahlung (ab 100€)

Es besteht die Möglichkeit, dass Zusatzversicherungen, Beihilfestellen oder private KV die Kosten möglicherweise nur teilweise oder gar nicht übernehmen. Unabhängig davon sind die Behandlungskosten innerhalb von 30 Tagen nach Erhalt der Rechnung zu zahlen.

---

Datum, Unterschrift

## Einwilligungserklärung in die Datenverarbeitung

Ich bin einverstanden, dass durch die Praxis 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            Ludger Scheffer  
Straße            Pflänzerstr. 17  
PLZ Ort            67591 Mölsheim

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

Ludger Scheffer, Heilpraktiker/Physiotherapeut  
Pflänzerstr.17, 67591 Mölsheim, Tel. 06243/4574921  
[www.orthoheilpraktiker.de](http://www.orthoheilpraktiker.de)