





**Sind Unverträglichkeiten gegen Medikamente oder gegen Nahrungsmittel vorhanden?**

Nein Ja, folgende: .....

**Sind Allergien vorhanden ?**

Nein Ja, folgende: .....

**Trägt das Kind eine Insulinpumpe?** Ja Nein

**Verdauung:**

- Regelmäßiger Stuhlgang ( 1-2 x täglich, morgens und am Nachmittag/Abends)
- Häufige Verstopfungen
- Häufiger Durchfall
- Reflux oder Sodbrennen
- Blähungen

**Schlafen:**

- Kein Problem: Schläft durch und wacht morgens erholt auf.
- Es bestehen Einschlafprobleme/Durchschlafprobleme.
- Es bestehen Nachtschweiß und Durst.
- Wird in der Nacht wach und geht zur Toilette. Wie oft: .....

**Zähne und Füllungen:**

- Amalganfüllungen sind noch vorhanden.
- Amalganfüllungen wurden entfernt. Anzahl: .....
- Amalganfüllungen wurden **mit Kofferdam** entfernt.
- Es wurden Wurzelbehandlungen durchgeführt. Anzahl: .....

**Für Mädchen:**

- Liegt eine Schwangerschaft vor? Nein Ja; in welcher Woche? .....
- Die Periode ist regelmäßig.
- Die Periode ist unregelmäßig.
- Es fand eine Unterleibs OP statt. Datum: .....



**Kopf, Rücken, Wirbelsäule:**

Es bestehen Kopfschmerzen/Migräne.      seit: .....  
Es sind Rückenschmerzen vorhanden.      seit: .....  
Es bestehen Gliederschmerzen.              seit: .....

**Es gab folgende Impfungen:**

Hepatitis A	Polio	MMR (Masern, Mumps, Röteln)
Tetanus	Zeckenschutz	Gripeschutz
HPV	Diphtherie	andere .....

spezielle Auslandsimpfungen: .....

**Es werden aktuell folgende Medikamente/Nahrungsergänzungsmittel eingenommen:**

Keine              Ja, folgende:

.....  
.....

**Welche Erkrankungen sind in der Familie bekannt:**

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

**Was ist der Hauptgrund Ihres heutigen Kommens? (Maximal 3 Zeilen)**

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



## Schriftliche Einwilligung gemäß Datenschutz (DSGVO)

Um dokumentieren und abrechnen zu können, ist es erforderlich, dass ich Ihre persönlichen Daten speichern darf. Es handelt sich bei den Daten um Ihren Namen, Ihre Anschrift und Ihre Daten zur Behandlung Ihrer Person sowie Diagnosen und Rechnungen.

Unter gewissen Umständen kann es erforderlich sein, dass ich diese Daten weitergebe, wie zum Beispiel an:

- Kollegen oder Ärzte zur weiteren Behandlung.
- Labore für die Blut, Stuhl, Speichel und Urinproben.

**Es erfolgt keine Weitergabe an Dritte zu Werbezwecken!**

Die Vorschriften des Datenschutzes (BDSG, DSGVO) verlangen eine Einwilligung in die Datenspeicherung und Datenverarbeitung. Daher bitte ich Sie, diese Einwilligung zu unterschreiben.

Vorname, Name: .....

Geburtsdatum: .....

Straße, Haus-Nr.: .....

PLZ Ort: .....

Hiermit willige ich ein, dass notwendigen Daten zum Zweck der Dokumentation und Abrechnung erhoben, gespeichert und verarbeitet werden.

Potsdam, den .....

.....  
Unterschrift des Patienten/des Erziehungsberechtigten

### Rechte des Betroffenen:

#### Auskunft, Berichtigung, Löschung und Sperrung, Widerspruchsrecht

Sie sind gemäß § 15 DSGVO jederzeit berechtigt, mir gegenüber um umfangreiche **Auskunftserteilung** zu den zu Ihrer Person gespeicherten Daten zu ersuchen.

Gemäß § 17 DSGVO können Sie jederzeit gegenüber mir die **Berichtigung, Löschung und Sperrung** einzelner personenbezogener Daten verlangen. Die Löschung kann aber frühestens nach gesetzlicher Frist erfolgen, 10 Jahre nach dem letzten Behandlungstag.

Sie können darüber hinaus jederzeit ohne Angabe von Gründen von Ihrem Widerspruchsrecht Gebrauch machen und die erteilte Einwilligungserklärung mit Wirkung für die Zukunft abändern oder gänzlich widerrufen. Sie können den Widerruf schriftlich entweder postalisch, per E-Mail oder per Fax an mich übermitteln. Es entstehen Ihnen dabei keine anderen Kosten als die Portokosten bzw. die Übermittlungskosten nach den bestehenden Basistarifen.

Bei weiteren Fragen bezüglich der Datenschutzangelegenheiten in Potsdam wenden Sie sich bitte an folgende Anschrift:  
Stadthaus, Friedrich-Ebert-Str. 79/81, 14469 Potsdam



## Zusatzinformationen

1. **Kostenerstattung:** Die gesetzliche Krankenkasse übernimmt keine Kostenerstattung von Heilpraktikern. Private Krankenkassen, Beihilfe, Zusatzversicherungen können sich je nach Vertrag, unterschiedlich an den Kosten beteiligen. Unerheblich einer Kostenerstattung seitens der Krankenkasse oder Beihilfe, sind die erbrachten Leistungen vollständig zu begleichen.
2. **Zahlungsmodalitäten:** Um buchhalterische Aufgaben so gering wie möglich zu halten, möchte ich Sie bitten, alle Leistungen wie Beratungen, Infusionen, Behandlungen und weitere Dienstleistungen nach Abschluss entweder bar oder mit EC-Karte zu begleichen. Selbstverständlich erhalten Sie eine Quittung und eine Rechnung. Vielen Dank.
3. **Alternative und regulative Naturheilkunde:** Alle angebotenen Diagnose- und Therapiemethoden kommen aus dem Bereich der Alternativ- bzw. Erfahrungsmedizin und sind über viele Jahre erprobt. Zum gegenwärtigen Zeitpunkt sind diese nicht oder nur teilweise schulmedizinisch oder wissenschaftlich in Funktion und Wirksamkeit bewiesen. Auch wenn ich mein ganzen Können und Wissen einsetze, kann eine Heilung nicht garantiert werden.
4. **Schulmedizinische Behandlungen:** Alle schulmedizinischen Medikamente und Behandlungen können parallel zu meinen Behandlungsmethoden erfolgen. Ein Absetzen derer wird nicht geraten!
5. **Terminvergabe:** Zum Schluss eine Bitte im beidseitigen Interesse: Die Praxis arbeitet nach dem Bestellsystem. Können Sie einen vereinbarten Termin nicht wahrnehmen, sagen Sie diesen bitte spätestens 24 Stunden vorher ab. Ich bitte um Verständnis, dass ich den Termin in Rechnung stelle, sofern ich den Termin nicht anderweitig vergeben kann.

Potsdam, den .....

.....  
Unterschrift des Patienten/des Erziehungsberechtigten

## Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!

Heilpraktiker Andreas Klose  
Gutenbergstraße 65  
14467 Potsdam

Tel.: 0331-27 33 99 77  
E-Mail: [info@heilpraxisklose.de](mailto:info@heilpraxisklose.de)  
Web: [www.heilpraxisklose.de](http://www.heilpraxisklose.de)