

ANMELDUNG

Bitte füllen Sie diesen Bogen aus. Sie helfen mir damit in der Erstellung Ihres bestmöglichen Therapieablaufes.
Falls Sie Fragen haben sollten, wenden Sie sich bitte an mich.
Danke für Ihr Entgegenkommen!

Alle Angaben werden vertraulich behandelt.

| | | | |
|--------|-------|--------------|-------------------|
| Name | ..... | Vorname | ..... |
| Straße | ..... | PLZ/Ort | ..... |
| Tel | ..... | Mobil | ..... |
| Email | ..... | Beruf | ..... |
| Größe | ..... | Gewicht | ..... |
| | | Geburtsdatum | .....\|.....\|..... |

Zahlungsmodus: Bar
 Privatrechnung über Abrechnungsgesellschaft

Art & Anzahl von **Psychotherapie**/Selbsterfahrungssitzungen
.....

Art & Anzahl von **Körpertherapie**/Physiotherapie –Einzelsitzungen
.....

Haben Sie **akute** körperliche Beschwerden? **Wo?**
.....

Welche **Krankheiten/Operationen/Unfälle** haben/hatten Sie?
.....

Haben Sie spezielle Ernährungsgewohnheiten?
.....

Wie war Ihr Blutdruck bei der letzten Messung?
.....

Befanden Sie sich in psychiatrischer Behandlung? ja nein

Haben Sie jemals einen Suizidversuch unternommen? ja nein

Gab es Suizid bei Ihnen in der Familie? ja nein

Haben Sie sich in den vergangenen 2 Wochen ängstlich, nervös oder gereizt gefühlt? ja nein

Können/ konnten Sie Ihre Sorgen oft nicht kontrollieren? ja nein

Haben/hatten Sie eine der folgenden Krankheiten/Beschwerden?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Osteoporose | <input type="checkbox"/> Bandscheibenvorfall |
| <input type="checkbox"/> Schleudertrauma, Unfalltrauma | <input type="checkbox"/> Rheuma |
| <input type="checkbox"/> Durchblutungsstörungen d. Kopfes | <input type="checkbox"/> Hoher/niedriger Blutdruck |
| <input type="checkbox"/> HWS/Schulter-Arm-Syndrom | <input type="checkbox"/> Psychosen/Depressionen |
| <input type="checkbox"/> Grüner Star/Augen OP | <input type="checkbox"/> Kopfverletzungen |
| <input type="checkbox"/> Einschlaf-/ Durchschlafstörungen | <input type="checkbox"/> Tumoren/Herzinfarkt |

Nehmen/Nahmen Sie folgende Medikamente?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Antikoagulantien (Antigerinnungsmittel) | <input type="checkbox"/> Rheumamittel |
| <input type="checkbox"/> Psychopharmaka | <input type="checkbox"/> Alkohol/Bewusstseins-verändernde Drogen |
| <input type="checkbox"/> Blutdruckmittel | <input type="checkbox"/> Cortison |

Persönliche Erklärung und Einwilligung zur Datenschutz-Grundverordnung:

- Ich leide, soweit bekannt, nicht an einer ansteckenden Krankheit, die andere gesundheitlich gefährden könnte und ich befinde mich auch nicht in psychiatrischer Behandlung.
- Ich bin für meinen körperlichen und seelischen Zustand voll verantwortlich. Die somatische Therapie ist kein Ersatz für psychiatrische oder stationäre Therapie. Haftung wird nur übernommen, wenn Vorsatz & grobe Fahrlässigkeit vorliegt.
- Termine, die verschoben oder abgesagt werden, werden in Rechnung gestellt, sofern die Benachrichtigung weniger als 48 Std vor dem Termin erfolgt. Das Honorar für die Einzelsitzung ist anschließend nach der Sitzung zu entrichten, falls keine Rechnungsstellung für die Privatkasse erfolgt. Eine Einzelsitzung dauert in der Regel zwischen 50 – 60 Min. Sollte die Einzelsitzung länger dauern, so ist der zeitliche Mehraufwand entsprechend zu entrichten.
- Ich bin damit einverstanden, die vollständige Rechnung auch dann zu bezahlen, wenn die Privatkassen nicht den vollen Betrag erstatten. Die Rechnungsstellung erfolgt über den MEDAS Abrechnungsservice München.
- Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass ausgewählte Parameter meiner Behandlung in anonymisierter Form zu Qualitätssicherung & Erforschung der Methoden verwendet werden können. Ein Rückschluss auf meine Person ist durch Anonymisierung nicht möglich.
- Hiermit willige ich ein, dass meine personenbezogenen Daten (Patientendaten incl. Diagnosen) im Rahmen meiner Behandlungen und damit zusammenhängender Abläufe erhoben, dokumentiert und gespeichert werden dürfen. Ich befreie hiermit meinen therapeutischen Behandler für diese und künftige Behandlungen von dessen beruflicher Verschwiegenheitsverpflichtung und erkläre mich mit einer Weitergabe aller für die Abrechnung erforderlichen Daten an Medas Factoring GmbH München einverstanden. Mir ist bewusst, dass es sich bei Diagnosen und Behandlungsdaten um besondere personenbezogene Daten nach Art. 9 DSGVO handelt.
- Ich erkläre mein Einverständnis zu einer Abtretung der Vergütungsansprüche aus der Tätigkeit meines Behandlers an Medas zu einer Rechnungsstellung. Ich willige ein, dass Medas zum Zwecke der Rechnungsstellung meine oben genannten personenbezogenen Daten einschließlich der besonderen personenbezogenen Daten verarbeitet. Die Verarbeitung erfolgt auf der Rechtsgrundlage dieser erteilten Einwilligung. Sämtliche Daten werden vertraulich behandelt und nicht an Dritte weitergegeben. Die Löschung der personenbezogenen Daten von Medas erfolgt nach vollständiger Vertragsabwicklung und nach Ablauf von bestehenden Aufbewahrungspflichten.
- Im Rahmen meiner Behandlung willige ich ein, falls notwendig, dass meine personenbezogenen Daten an folgende Therapeutin im Rahmen der Gemeinschaftspraxis weitergegeben werden dürfen: Frau Sibylle Aisenpreis, HP
- Hiermit willige ich ein, dass ich zu therapeutischen Themen (z. B. Terminvereinbarung, Rechnungsstellung, Rezepte, Empfehlungen) per E-Mail, Telefon, SMS oder postalisch kontaktiert werden kann.
- Darüber hinaus möchte ich für weitere Informationen und Zusatzangebote (z. B. Workshops, Seminare, aktuelle Gesundheitsthemen, Praxisneuerungen) per E-Mail, Telefon, SMS oder postalisch kontaktiert werden.
- Das beigefügte Informationsblatt zur Datenschutz Grundverordnung habe ich erhalten.

Ich habe das Recht, diese Einwilligung jederzeit zu widerrufen oder einzuschränken.

Name, Vorname

Ort, Datum **Unterschrift**

Informationen zur Datenschutzgrundverordnung Praxis Punito Michael Aisenpreis

Im Rahmen der Datenschutzgrundverordnung informieren wir Sie hiermit über die Erhebung und Speicherung Ihrer personenbezogenen Daten:

-
- **Zweck/Grund für die Datenverarbeitung:** Behandlung/Therapie im Rahmen des Behandlungsvertrages und damit zusammenhängenden Prozessen und Abläufen wie z.B. Rechnungsstellung, Rezepte, Nachweise, Empfehlungen, Laboranalysen, Informationen
 - **Name und Kontaktdaten des Verantwortlichen:**
Behandelnder Therapeut: Punito Michael Aisenpreis, HP
Kontaktadressen: Praxis Untermarkt 16, 82418 Murnau
Telefon: +49-8841-488 885
 - **Gesetzliche Legitimation für die Datenverarbeitung:** Heilpraktiker
 - **Speicherfristen der Daten:** Dokumentations- und Aufbewahrungspflicht von Patientendaten (gesetzlich 10 Jahre)
 - **Empfänger der Daten:** Behandelnder Therapeut, Abrechnungsstelle, evtl. Labor
 - **Weitergabe der Daten an Dritte:** Im Rahmen der steuerlichen Bearbeitung werden Rechnungen inklusive Patientendaten an den zuständigen Steuerberater weitergegeben, dieser unterliegt der Geheimhaltungsvereinbarung
 - **Recht auf Auskunft und/oder die Löschung der Daten:** Sie haben jederzeit das Recht unentgeltlich Auskunft über Herkunft, Empfänger und Zweck Ihrer gespeicherten personenbezogenen Daten zu erhalten. Sie haben jederzeit das Recht, die Berichtigung, Sperrung, Löschung oder Einschränkung dieser Daten zu verlangen und die Einwilligung zu widerrufen. Sie haben jederzeit das Recht auf die Bereitstellung Ihrer personenbezogenen Daten.
 - **Beschwerderecht bei der Datenschutzaufsichtsbehörde:** Ihnen steht ein Beschwerderecht bei der zuständigen Aufsichtsbehörde (Landesamt für Datenschutz) zu.
 - **Voraussichtliche Dauer der Datennutzung:** Dauer der Vertragsbeziehung