

Alexander Jahn, Heilpraktiker
Leonrodstr. 14 a
80634 München
Tel.: 0160 95 16 88 66
info@medizindrache.de



Patientenname:

Geburtsdatum:

Beruf:

Familienstand:

Kinder:

Telefon privat:

Telefon beruflich:

E-Mail:

Adresse:

gesetzlich versichert ☐

Privat- /Zusatz-Versicherung:

Tarif:

Fragebogen zur Akupunktur, Kräutertherapie und NAET

Sehr geehrte(r) Patient(in),

es ist mir wichtig, mir vor Beginn Ihrer Behandlung ein
Gesamtbild Ihres Gesundheitszustandes zu machen.
Bitte beantworten Sie daher die folgenden Fragen.
Wenn Sie unsicher sind oder etwas nicht verstehen,
kennzeichnen Sie es mit einem „?“.

Aus welchem Grund kommen Sie in die Praxis? Aufgrund von Beschwerden ☐ Zur Vorsorge ☐

Wie äußern sich Ihre Hauptbeschwerden?	verbessert durch:	verschlimmert durch:
1.		
2.		
3.		
4.		

schulmedizinische Diagnose(n) und Behandlungen

Gegenwärtige Medikation			
gegen	Medikation	Dosis	Nebenwirkungen
1			
2			
3			
4			

Kindheit

Gesundheit der Mutter in der Schwangerschaft:

Geburt:

Erstes Lebensjahr:

2tes – 10tes Jahr:

Teenageralter:

Erwachsenenalter

Hauptbeschwerden:

Operation(en):

auffällige Krankheiten in der Familie

Ihre derzeitige Vitalität: 0 % 100 %

Schwanger ☐ ja ☐ nein

Blutdruck: / Puls: Körpergröße: cm Gewicht: kg

Subjektives Gefühl in

- **Körper:** ☐ eiskalt ☐ kalt ☐ normal ☐ warm ☐ heiß ☐ Schweregefühl
- ☐ **Hände** - ☐ **Armen:** ☐ eiskalt ☐ kalt ☐ normal ☐ warm ☐ heiß
- ☐ **Beinen** - ☐ **Füßen:** ☐ eiskalt ☐ kalt ☐ normal ☐ warm ☐ heiß
☐ Hitzewallungen ☐ + danach erschöpft ☐ Hitze & Kälte abwechselnd ☐ Hitze & Kälte gleichzeitig

Extremitäten

- ☐ kalt + steif + Schmerz (+ Taubheitsgefühl) ☐ kalt + schmerzhaft + Muskelschwäche
☐ kalte Fingerspitzen ☐ brennende Füße ☐ „lauernde“ Hitze + Steifheit

Augen

- ☐ trockene / tränende Augen ☐ angestrenzte Augen ☐ verschwommenes Sehen
☐ Sehvermögen eingeschränkt ☐ "Mückensehen" – Mouche volantes ☐ „lichtscheu“ /-empfindlich

Ohren

- ☐ trocken ☐ schlechtes Gehör ☐ sehr geräuschempfindlich
☐ dumpfer Ohrschmerz ☐ stechender Ohrschmerz ☐ Gehörsturz
☐ Ohrenklingeln / Tinnitus: ☐ schlimmer durch Wind, Ängste ☐ schlimmer abends / bei Stress /Lärm

Nase

- ☐ trocken ☐ laufend (Farbe & Konsistenz?) ☐ Heuschnupfen
☐ Nasennebenhöhlen blockiert ☐ Geruchsempfinden reduziert ☐ sehr geruchsempfindlich
☐ häufig Niesen ☐ sonstiges: _____ ☐

Mund

- ☐ trocken ☐ Herpes ☐ Mundgeruch ☐ Aphten
☐ schmerzhafter Gaumen ☐ Zungenschmerz ☐ Zunge- / Gaumen-Geschwür
☐ Geschmackssinn reduziert ☐ übermäßiger Speichelfluss ☐ verwaschene Sprache
☐ Zahnfleischbluten ☐ konstant ☐ bei mechanischer Belastung z. B. Zähneputzen

typischer Geschmack im Mund (z. B. morgens beim Aufstehen):

- ☐ neutral ☐ süß ☐ pappig ☐ bitter ☐ metallisch ☐ unsauber ☐ seltsam

Lippen:

- ☐ trocken ☐ Geschwür ☐ Herpes

Hals:

- ☐ trocken ☐ verschleimt ☐ häufig Räuspern ☐ schmerzhaft
☐ Gefühl als stecke etwas im Rachen ☐ häufig Halsschmerz / Schluckbeschwerden
☐ Mandelentzündungen ☐ sonstiges: _____

Atmung

- ☐ schwer: ☐ schlechter durch Essen ☐ besser durch Stuhlgang
☐ kurzatmig: ☐ nach Essen ☐ nach Anstrengung (Schwitzen, Emotionen, ...)
☐ häufig Erkältung ☐ Bronchien / Lunge verschleimt ☐ Husten mit viel Schleim
☐ schaumiger Schleim ☐ gelber / weißer Schleim ☐ Schleim grün-gelb
☐ Schwer / leicht expektorieren ☐ schwer Niederlegen ☐ trockener Husten

Herz

- ☐ ☐ stechender Schmerz
☐ Herzschmerz seitl. ausstrahlend ☐ Schweregefühl, schlecht einatmen können, gebundenes Gefühl
☐ Puls schwach-unregelmäßig
☐ Herz klopfen spüren: ☐ tags ☐ nachts ☐ Herzklopfen im Ohr abends hören
☐ Herzflattern ☐ unregelmäßiger Herzschlag ☐ Brustschmerz / -Druck
☐ Herzinfarkt ☐ Herzschrittmacher ☐ andere Herzprobleme _____

Verdauung

- Essen bevorzugt:** warm ☐ kalt ☐ **Geschmack bevorzugt:** ☐ süß ☐ sauer ☐ salzig ☐ bitter ☐ scharf
☐ reduziert ☐ morgens nichts / nur sehr wenig essen wollen ☐ viel (☐ mit / ☐ ohne Symptome)
☐ Appetit ☐ dringend Essen müssen, wenn Hunger ☐ ständig hungrig
☐ wenn nicht Essen: Ohnmachtsgefühl ☐ nachts essen (müssen)
☐ Nahrungsmittel-Unverträglichkeiten ☐ schnell Völlegefühl, Druck auf der Brust

☐ Übelkeit	☐ generell	☐ bei Hunger
☐ Erbrechen	☐ nach Essen jeder Art	
	☐ wollen	☐ vor Essen
		☐ nach Essen
☐ Magen-Brennen unabhängig von Nahrungsaufnahme		☐ Kältegefühl im Magen
☐ leichtes Hitzegefühl / Leeregefühl im Magen, wenn hungrig		☐ Sodbrennen vor Essen
☐ scharfes Essen verschlechtert		☐ schwache Verdauung, v. a. bei Fett
☐ Aufstoßen	☐ Schmerz nach Essen	☐ Blähung nach Essen
		☐ Knoten im Bauch nach Essen
	☐ Druck-unempfindlich	☐ Druck-schmerzhaft
☐ „Knoten“ im Oberbauch / Magenregion	☐ besser durch Druck	☐ schlechter durch Druck
	☐ auf Druck deutliche Spannung zu tasten	
	☐ „Knoten“ tastbar, bereits vor Essen, immer hungrig, brennend, schlechter durch Essen	
☐ Sodbrennen &/ „Knoten“ im Bauch	☐ „Knoten“ nicht tastbar &/ Ohnmacht / Brennen bei Hunger, ausgeprägtes Leere-Gefühl im Bauch, besser durch Essen	
	☐ keine Hitzegefühle	
☐ aufsteigender Magensaft / aufsteigender Nahrungsbrei	☐ brennend	
	☐ + brennend in Gurgel	
☐ Krämpfe	wo? Bauch oben / Mitte / unten? wann?	
☐ Geschwüre	☐ Oberbauch gebläht	

Darm

- | | |
|---|--|
| ☐ öfters, mehr als 1 Mal pro Tag | ☐ keine Kraft Stuhl auf einmal ganz raus zu bringen |
| ☐ weich | ☐ klebrig |
| ☐ Inkontinenz / unfreiwilliges „Auslaufen“ | ☐ schmierig |
| ☐ Verstopfung | ☐ flüssig, evtl. + Unverdautes |
| ☐ trockenener Stuhl | ☐ „Leberknödelsuppe“ |
| ☐ kommt nicht raus, kleine Stückchen | ☐ + wie gebläht + Schmerz / Schweregefühl |
| ☐ schleimig | ☐ muss vorher massieren |
| ☐ blutig | ☐ eitrig |
| ☐ Schmerz bei Stuhlgang | ☐ stark stinkend |
| ☐ geschwollener Bauch | ☐ unvollständig / sinkendes Gefühl danach |
| ☐ Anus / Enddarm brennen/jucken | ☐ Bauchkrämpfe |
| ☐ Divertikel | ☐ Hämorrhoiden |
| ☐ Blähungen | ☐ chronische Darmentzündung |
| | ☐ |

Bauchschmerz

- | | | | |
|---|---|--|---|
| ☐ Oberbauch | ☐ Bauchmitte | ☐ Unterbauch | ☐ ganzer Bauch |
| ☐ stechender Schmerz | ☐ dumpfer Schmerz | ☐ gespannt | ☐ „gebläht“ |
| ☐ Luft geht ab | ☐ keine Luft geht ab | ☐ Druck / Wärme bessert | ☐ Druck verschlechtert |
| ☐ sinkendes Gefühl | ☐ Wundheitsgefühl | ☐ laute Geräusche | ☐ Angst vor Essen |

Durst:

- | | | |
|---|--|--|
| ☐ kein Durst | ☐ kalte Getränke bevorzugt | ☐ warme Getränke bevorzugt |
| ☐ durstig, aber nicht trinken wollen | ☐ Trinken verursacht Aufblähung | ☐ Trinken verursacht Übelkeit |
| ☐ nur Nippen / Mund befeuchten | ☐ Trinken löscht Durst nicht | ☐ Durst nachts |

Trinkmenge: ☐ weniger als 1 Liter pro Tag ☐ 1 bis 2,5 Liter pro Tag ☐ viel mehr als 2,5 Liter pro Tag

Wasserlassen

- ___mal pro Tag ☐ plötzlich dringend ☐ dünner Strahl ☐ zögernder, unterbrochener Strahl
- ☐ nachts – wie oft? ☐ pink ☐ blutig
- ☐ brennend ☐ schmerzhaft ☐ vor / ☐ während / ☐ nach Wasserlassen
- ☐ häufig Harnwegsinfekt ☐ Inkontinenz

Ödeme: Wo?

- | | | |
|--|---|--|
| ☐ angeschwollenes Gesicht | ☐ angeschwollene Hände | ☐ angeschwollene Fußknöchel |
| ☐ morgens | ☐ tags | ☐ abends |

Schlaf

- | | | |
|--|--|---|
| ☐ schlechtes Einschlafen | ☐ leichtes Aufwachen | ☐ schlechtes Durchschlafen |
| ☐ schlecht wieder einschlafen | ☐ Unruhe morgens / früh aufwachen | ☐ viele Träume |
| ☐ Nachtwandeln / Sprechen | ☐ Schnarchen | ☐ Apnoe |

- | | | |
|---|--|---|
| ☐ morgens erholt aufwachen | ☐ Schlafzeit insgesamt | ☐ übliche Bettgezeit: ____ Uhr |
| nächtliches Erwachen durch: | | |
| ☐ Gedanken - Gedankenkreisen | ☐ Gedanken - zufällige Gedanken | ☐ ruhig- ohne Gedanken |
| ☐ Alpträume | ☐ Schmerz | ☐ Sonstiges: _____ |

Denken

- | | | |
|---|---|---|
| ☐ schlechtes Gedächtnis | ☐ vergesslich | ☐ neblig / sumpfig im Gehirn |
| ☐ schwierig klar zu denken | ☐ treffe schwer Entscheidungen | ☐ Sonstiges: _____ |

Typische Emotionen

- | | | |
|---|---|---|
| ☐ gefühlsverarmt | ☐ deprimiert / depressiv | ☐ abgetrennt / distanziert |
| ☐ traurig, einsam | ☐ leicht reizbar / verärgert | ☐ aggressiv |
| ☐ unzufrieden | ☐ nie froh / häufig sich beklagen | ☐ ständig nörgelnd |
| ☐ eher das Negative sehend | ☐ „alles ist ein Drama“ | ☐ sehr empfindsam |
| ☐ leicht angreifbar | ☐ häufig Angst | ☐ leicht enthusiastisch, manisch |
| ☐ oft besorgt | ☐ leicht Besitz ergreifend | ☐ unsicher, anhänglich |
| ☐ bekümmert | ☐ Schwierigkeit loszulassen | ☐ ziehe mich gerne zurück |
| ☐ Angst Fehler zu machen | ☐ Angst vor Kontrollverlust | ☐ leicht verzweifelt |
| ☐ leicht frustriert | ☐ unentschlossen | ☐ launisch |
| ☐ wenig Selbstvertrauen | ☐ „Welt ist schrecklich, furchtbar, ...“ | ☐ Selbstwert↓, Selbstanklagen |

Shen („Geist“)

- | | |
|---|---|
| ☐ konfus | ☐ obsessiv, zwanghaft, sich in Dinge übermäßig „hineinbohrend“ |
| ☐ Gedächtnis ↓, vergesslich | ☐ Konzentrationsstörung |
| ☐ Ängstlichkeit(en) | ☐ leicht weinen / „nahe am Wasser gebaut“ |
| ☐ traurig über Vergangenheit | ☐ sonstiges |

Infektionskrankheiten

- | | | | |
|-------------------------------------|--|--|--|
| ☐ Borreliose | ☐ Eppstein-Barr-Virus | ☐ Hepatitis A / B / C | ☐ Sonstiges _____ |
|-------------------------------------|--|--|--|

Haben Sie jemals eine der folgenden Belastungen gehabt?

- | | | |
|--|---|--|
| ☐ Hernie/Leistenbruch | ☐ hoher Blutdruck | ☐ niedriger Blutdruck |
| ☐ Diabetes | ☐ Schilddrüsenüberfunktion | ☐ Schilddrüsenunterfunktion |
| ☐ Hypoglykämie | ☐ Gallensteine | ☐ Lebererkrankung |
| ☐ Nierenerkrankung | ☐ Osteoporose | ☐ Krebs |

Verschiedenes

- | | | |
|--|---------------------------------------|---|
| ☐ leicht Blutergüsse | ☐ blute leicht | ☐ Nasebluten |
| ☐ langsames Heilen | ☐ Krampfadern | ☐ häufig Knochenbrüche |
| ☐ oft krank (außer Erkältung) | ☐ hyperaktiv | ☐ Sonstiges _____ |

Fortpflanzungssystem Mann bzw. Frau: ☐ Unfruchtbarkeit

- | | | |
|---|---|---|
| ☐ Libido reduziert | ☐ Libido übermäßig | ☐ extrem müde nach Sex |
|---|---|---|

Männer

- | | | |
|---|---|---|
| ☐ Prostatabeschwerden | ☐ Schmerz / Juckreiz in / an Hoden | ☐ Schwitzen am Skrotum |
| ☐ vorzeitige Ejakulation | ☐ Spermienbeweglichkeit reduziert | ☐ Spermienqualität reduziert |
| ☐ Spermienausfluss (Tag / Nacht) | ☐ Impotenz / schwache Erektion | ☐ Schmerz im Perineum |

Frauen

- | | | |
|---|---|--|
| ☐ Brustschmerzen | ☐ Brustknoten | ☐ Zysten / Myome in _____ |
| ☐ Endometriose | ☐ Hysterektomie | ☐ Hormontherapie |
| ☐ Schwangerschaften _____ | ☐ Fehlgeburten _____ | ☐ postnatale Erschöpfung |
| ☐ postnatale Depression | ☐ Vagina: trocken / juckend / schmerzhaft / wund | |
| ☐ häufig Candida-Infektion | ☐ Leukorrhoe: ☐ wenig ☐ übermäßig ☐ starker Geruch | |

Menstruation:

- | | | |
|--|--|---|
| ☐ regelmäßig | ☐ Zykluslänge _____ | ☐ Dauer der Blutung _____ |
| ☐ Tröpfeln / Spotting | ☐ unaufhörlich ohne Klumpen | ☐ unaufhörlich mit Klumpen |
| ☐ Brustspannen | ☐ lokaler Unterbauchschmerz | ☐ ausstrahlender Unterbauchschmerz |

- | | | |
|--|--|--|
| ☐ Schmerz im unteren Rücken | ☐ geschwollener Bauch | ☐ kalter Unterbauch |
| ☐ Akne | ☐ Krämpfe | ☐ spontanes Schwitzen |
| ☐ reduzierter Appetit | ☐ Übelkeit | ☐ emotionale Schwankungen |

Menstruationsblut

- ☐ Farbe _____ ☐ schwere Blutungen ☐ leichte Blutungen ☐ schleimig ☐ klumpig

Menopausen-Beschwerden

- Hitzewallungen ☐ nachts ☐ tags ☐ anschließend erschöpft / Frösteln

Erfolgen allergische Reaktion bzw. Unverträglichkeitsreaktionen auf bestimmte Stoffe wie z. B.: Lebensmittel, Pollen, Chemikalien, Parfüm, Medikamente, Latex, Pilze, Tiere, Insekten, Rauch, Impfungen oder sonstige Umwelteinflüsse? Wenn Ja, welche:

Haben Sie jemals eine **sehr schwerwiegende allergische** Reaktion gehabt (z.B. Nesselsucht, geschwollene Kehle, schwere Atmung, anaphylaktischer Schock)? ja ☐ nein ☐
Gegen was? _____ **Art der Reaktion:** _____

Hatten Sie jemals eine schwerwiegende emotionale Reaktion wie z.B. Trauma oder Schock?

Erkrankungen der Eltern?

Mutter:

Vater:

Behandlungsvereinbarung

Sie sind bei mir in Behandlung eines Heilpraktikers.

Ich behandle im Sinne der Naturheilkunde, was bedeutet:

- die Kosten werden von gesetzlichen Krankenversicherungen nicht übernommen.
- die Behandlung umfasst insbesondere schulmedizinisch nicht anerkannte Heilverfahren.
- eine Erstverschlimmerung ist möglich.

Eine Behandlungseinheit dauert 55 Minuten.

Ich rechne für Privat-Versicherte und Beihilfeberechtigte nach dem Gebühren-Verzeichnis für Heilpraktiker (GebüH) ab. Wenn die private Krankenversicherung, private Zusatzversicherung oder Beihilfe die entstehenden Kosten nicht oder nur teilweise übernimmt, trägt der Patient für eine entsprechende Klärung selbst Sorge. Etwaige Differenzen zwischen meinem Honorar und dem Erstattungsbetrag sind vom Patienten zu tragen.

Als Selbstzahler können Sie mit ca. 80 Euro für 55 Minuten, und mit ca. 130 Euro für 80 Minuten rechnen, je nach Aufwand.

Die Bezahlung ist am Behandlungstag gewünscht.

Bei Nichterscheinen berechne ich den vollen Satz. Absage mindestens 36 Stunden vor dem Termin.

Ich freue mich, Sie in Ihrer Gesundheit zu unterstützen.

Ort, Datum

Unterschrift (Patient/in bzw. Erziehungsberechtigter)

Vielen Dank für Ihre Mithilfe! Bitte teilen Sie mir Änderungen der obigen Angaben mit.

Aufklärung über Behandlung mit Akupunktur



Nebenwirkungen

Bei dieser Therapie treten nur sehr selten Nebenwirkungen auf, aber es könnten auftreten:

- Müdigkeit bzw. vorübergehende übermäßige Entspannung nach der Behandlung, unter Umständen mit Beeinträchtigung der Verkehrstüchtigkeit
- Störungen der Kreislaufregulation mit Blutdruckabfall, Herzrhythmusstörungen und Schwindel
- Schmerz durch vorübergehende Nervenreizungen, evtl. mit Sensibilitätsstörung in der Einstichregion
- Blutungen und Blutergüsse, durch die Verletzung kleiner Blutgefäße an der Einstichstelle
- Beim Stechen der Akupunkturnadeln besteht ein sehr geringes Risiko einer Infektion.
- Aktivierung von bereits vorhandenen, noch nicht ausgebrochenen Krankheitsprozessen
- vorübergehende, sehr selten auch länger bestehende Verschlechterung des behandelten Leidens (so genannte „Erstverschlimmerung“)
- Vorübergehende Reaktionen wie Schwitzen, Schwächegefühl, „Nadelkollaps“
- Benommenheit, Schlafstörungen, Übelkeit, Erbrechen, u. ä.
- Emotionale Reaktionen wie Angst, Panik, Euphorie, Lethargie u. ä.
- Hautreaktionen
- Verletzung innerer Organe, z.B. Herz, Lunge (nicht bei sachgerechter Anwendung)
- In extrem seltenen Fällen kann eine Akupunkturnadel abbrechen, was einen operativen Eingriff erforderlich machen kann
- Mögliche lokale Hautverbrennung bei der Wärmebehandlung (Moxibustion)

Falls Nebenwirkungen auftreten sollten, werden ggf. sofort Gegenmaßnahmen ergriffen.

Bei einer Wärmebehandlung (Moxibustion) sagen Sie mir bitte, wenn Ihnen die Wärmequelle zu heiß erscheint.

Treten zu einem späteren Zeitpunkt Nebenwirkungen auf, bitte ich um sofortige Rücksprache und gegebenenfalls Wiedervorstellung.

Relative Kontraindikationen

Absolute Kontraindikationen für die Akupunktur sind bisher nicht bekannt.

Jedoch führe ich in folgenden Fällen die Akupunktur nur unter besonderer Abwägung durch:

- Schwangerschaft,
- Blutgerinnungsstörung (z.B. Hämophilie), Thromboseprophylaxe (z. B. mit Marcumar),
- verminderte Blutplättchen (Thrombozytopenie) u.a.
- Psychiatrische Erkrankungen (z.B. akute, schwere Depression, Neurose),
- Entzündete, bestrahlte oder anderweitig verletzte Hautareale,
- Kontaktallergien (z.B. Nickel oder Chrom) wegen der verwendeten Stahlnadeln
- Akut lebensbedrohliche Erkrankungen,
- Krampfleiden (Epilepsie),
- Schweren Grunderkrankungen (z.B. schwere Krebserkrankung im Endstadium).

München, _____
Ort, Datum, Unterschrift des Therapeuten Herrn Jahn

Einverständniserklärung

Ich fühle mich über die geplante Akupunktur-Behandlung ausreichend gut informiert und bin mit der Durchführung einverstanden. Über die möglichen Nebenwirkungen bin ich von Herrn Jahn aufgeklärt worden.

Mir sind keine der o.g. Kontraindikationen bekannt. Ich habe keine weiteren Fragen und willige hiermit nach ausreichender Bedenkzeit in die geplante Behandlung ein.

Ort, Datum, Unterschrift des Patienten / der Patientin bzw. des Erziehungsberechtigten

Patienteninformation

(gem. Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO))

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
mit Inkrafttreten der Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO) zum 25.05.2018 bin ich verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck ich Ihre personenbezogenen Daten erhebe, speichere und ggf. an Dritte weiterleite und welche Rechte Ihnen bezüglich Ihrer Daten zustehen.

1 Der Verantwortliche für die Verarbeitung der Patientendaten ist der Praxisinhaber:

Alexander Jahn. Leonrodstr. 14 a, 80634 München, Tel.: 016095168866, info@medizindrache.de

2 Ein ständiger Vertreter bzw. Datenschutzbeauftragter ist in der Praxis nicht vorhanden.

3 Personenbezogenen Daten

Ihre personenbezogenen Daten werden zum Zwecke der medizinischen Versorgung sowie zur Abrechnung von Behandlungsleistungen erhoben. Sie werden ggf. im automatisierten Praxisverwaltungssystem und in den Patientenakten gespeichert. Bei den Daten handelt es sich um Ihre Kontaktdaten und um Angaben zu Ihrer Gesundheit wie Anamnese, Medikation, Diagnosen, Therapieempfehlungen, Befunde usw.

Die Erhebung und Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten ist auf der Grundlage des Behandlungsvertrages zwischen Ihnen und dem Praxisinhaber notwendige Voraussetzung für eine adäquate und sorgfältige Behandlung.

Nach § 630 f BGB werden Ihre personenbezogenen Daten in der Praxis noch mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufbewahrt. Es können ggf. auch längere Aufbewahrungsfristen bestehen.

4 Datenübermittlung

Die Übermittlung Ihrer Daten an Dritte erfolgt nur, soweit es rechtlich zulässig ist oder Sie hierzu ausdrücklich eingewilligt haben. Dritte in diesem Sinne können andere Leistungserbringer (Heilpraktiker/Ärzte/Physiotherapeuten etc.) oder Krankenversicherungen sein.

5 Ihre Rechte

Ihnen stehen bezüglich Ihrer Daten verschiedene Rechte zu:

Sie können jederzeit Auskunft über die erhobenen Daten sowie die Berichtigung falscher Daten verlangen. Unter bestimmten Voraussetzungen steht Ihnen auch das Recht auf Löschung sowie Einschränkung der Verarbeitung oder Sperrung der gespeicherten Daten zu. Soweit die Voraussetzungen dafür erfüllt sind, steht Ihnen des Weiteren das Recht auf Datenübertragbarkeit zu.

Eine erteilte Einwilligung in die Datenverarbeitung können Sie jederzeit widerrufen.

Und schließlich steht Ihnen ein Recht auf Beschwerde bei der zuständigen Aufsichtsbehörde zu, soweit Sie der Auffassung sind, dass die Verarbeitung der erhobenen Daten gegen die DS-GVO verstößt.

Wenn Sie Fragen im Zusammenhang mit Ihren personenbezogenen Daten haben oder mich auf etwas hinweisen möchten, nehmen Sie bitte Kontakt zu mir auf. Hierzu stehen Ihnen die unter Ziff. 1 dieser Datenschutzerklärung genannten Kommunikationswege zur Verfügung.

Sollten Sie nach Ihrer Meinung rechtswidrige Inhalte, insbesondere auch im Hinblick auf urheberrechtliche Vorschriften entdecken, fordere ich Sie auf, mich direkt persönlich ohne kostenpflichtige Einschaltung eines Rechtsbeistandes zu kontaktieren. Dieser ist nicht erforderlich, da ich zusichere, im Falle berechtigten Vorbringens unverzüglich auf erstes Anfordern für Abhilfe zu sorgen und die bedenklichen Inhalte zu entfernen. Die Einschaltung eines Rechtsbeistandes ist daher sachlich nicht erforderlich. Gegen dabei entstehende Kosten werde ich mich verwahren.

6 Rechtsgrundlagen der Datenverarbeitung

Rechtsgrundlage der Datenverarbeitung in dieser Praxis ist:

- der Behandlungsvertrag zwischen Praxisinhaber und Patient,
- Art. 6 Abs. 1 b), Art. 9 Abs. 2 f), h) i. V. m. Abs. 3 DS-GVO,
- § 22 Abs. 1 Nr. 1 b) BDSG.

Bei Fragen zu den einzelnen Punkten, wenden Sie sich selbstverständlich jederzeit an mich!

(Ort, Datum)

(Unterschrift Patient/in)