



Herrn / Frau

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Straße / Postfach

\_\_\_\_\_  
PLZ, Ort

\_\_\_\_\_  
Telefon / Telefax

\_\_\_\_\_  
E-Mail-Adresse

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

- gesetzlich versichert
- Beihilfe
- private Vollversicherung
- private Zusatzversicherung

\_\_\_\_\_  
Name des Patienten (falls abweichend, z.B. Kind)

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum des Kindes



**Sehr geehrter Patient!**

Natürlich Willkommen in unserer Praxis.

Nachdem Sie mit uns einen Termin für den..... vereinbart haben, erhalten Sie hier unseren Patientenfragebogen. Sie helfen uns die Behandlung individuell und optimal zu gestalten, indem Sie uns über wichtige Fragen zu Ihrem Anliegen und Ihren Beschwerden informieren.

Wir bitten Sie deshalb diesen Fragebogen ganz in Ruhe zu Hause auszufüllen und beim ersten Besuch mitzubringen.

Vielen Dank und wir freuen uns auf Sie.

Mein aktuelles Körpergewicht ..... Mein Wunschgewicht.....

Meine Körpergröße ..... Meine Blutgruppe .....

Trinken Sie Alkohol? ..... Rauchen Sie? .....

Wie viel Liter und was trinken Sie pro Tag? .....

Besteht zur Zeit eine Schwangerschaft?.....

Was ist der Anlass Ihres Praxisbesuches:

Welche Beschwerden haben Sie? (beginnen Sie mit den Beschwerden, die Sie am meisten stören, auch wenn sie nicht die stärksten und häufigsten sind):



**Frühere / bestehende Risiken und Erkrankungen**

Wegen welcher Vorerkrankungen wurden Sie bereits ärztlich behandelt?

- erhöhte Blutfettwerte
- erhöhter Blutdruck
- Herzerkrankungen
- Schlaganfall
- Diabetes mellitus (Typ-1 / Typ-2)
- erhöhte Harnsäurewerte / Gicht
- Verdauungsprobleme
- Erkrankungen des Verdauungstraktes (Magen-Darm, Leber-Galle, Bauchspeicheldr.)

.....

- Nierenerkrankungen
- Gallenerkrankungen
- Osteoporose
- Rheuma
- Krebserkrankungen

.....

- Schilddrüsenerkrankung
- Hauterkrankungen
- Kinderwunschbehandlungen
- sonstiges

.....

Welche Krankheiten in Ihrer Familie sind Ihnen bekannt?

.....

Unter welchen allergischen Beschwerden bzw. bekannten Allergien leiden Sie (Pollen, Nahrungsmittel, sonstige)?:

.....

Welche Medikamente bzw. Dauermedikamente nehmen Sie zur Zeit ein?

(Bitte Beipackzettel mitbringen):

- Diabetika
- Hormone
- Blutdruckmittel
- Schilddrüsenmedikamente
- Cholesterinsenker
- Schlaf/Beruhigungsmittel
- .....

Welche Nahrungsergänzungsmittel nehmen Sie zur Zeit ein und warum? :

- Vitamintabletten
- Mineralstoffzufuhr
- Schüsslersalze
- .....



### **Beruf**

Berufliche Tätigkeit:

- überwiegend leichte / sitzende Tätigkeit
- überwiegend mittelschwere / stehende Tätigkeit
- schwere körperliche Tätigkeit

Arbeitszeit / Tag ..... (Stunden)

Arbeit in Schicht?

- Ja
- Nein

Welche? .....

### **Freizeit / Bewegung / Sport**

Bewegen Sie sich regelmäßig und gern:

.....

Führen Sie eine Sportart regelmäßig aus: .....

### **Schlaf**

Wie schlafen Sie?

- Schlaflosigkeit
- häufiges Erwachen (Uhrzeit .....
- Schwierigkeiten beim Einschlafen
- Schnarchen
- Zähneknirschen
- .....

Schlafzeit:

übliches zu Bett gehen.....

übliches Aufstehen.....

### **Nahrungsaufnahme**

Essgewohnheiten:

- regelmäßig
  - ..... Mahlzeiten / Tag
  - ..... Zwischenmahlzeiten / Tag
- unregelmäßig
- spezielle Kostformen / Diäten (vegetarisch, vegan, Verzicht auf, ...)

.....

Leiden Sie an Nahrungsmittelunverträglichkeiten: .....

Bestehen Abneigungen gegen bestimmte Nahrungsmittel (Fleisch, Milch)?:

.....

Haben Sie schon mehr als drei Diäten ausprobiert?: .....

Nehmen Sie Zuckerersatzstoffe zu sich?: .....



**Verdauungstrakt**

Wie ist Ihr Stuhlverhalten (normal bedeutet- 1-3xtägl. Bis 1-3xwöchentlich, schnittfest, nicht übelriechend):

- normal
- oft verstopft
- oft schmierig
- oft Blähungen
- .....

Wie ist Ihre momentane Lebenssituation?

- alleinlebend
- mit Partner
- in Familie
- .....

Welche einschneidende Veränderung in der Lebenssituation gab es:

- Jobwechsel
- Rentenbeginn
- Erziehungsurlaub
- .....

**Sonstige Anmerkungen:**

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit der oben gemachten Angaben:

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der/des Patientin/Patienten



## Rechtsverhältnis

Das Rechtsverhältnis zwischen Heilpraktiker und Patient begründet sich nach dem Dienstvertragsrecht des bürgerlichen Gesetzbuches (BGB).

### Honorar

Das Behandlungshonorar in unserer Praxis besteht aus einer Kombination von erforderlichem Zeitaufwand und angewandten Verfahren und ergibt sich unter anderem aus dem individuellen Beschwerdebild des behandelten Patienten. Pro voller Stunde wird hierfür eine Vergütung in Höhe von 80 Euro angesetzt. Angebrochene Stunden werden anteilig berechnet.

In einem Informationsgespräch (15 Minuten) können Sie sich gerne über meine Therapie- und Behandlungsmethoden informieren. Dieses unverbindliche Gespräch steht Ihnen kostenlos zur Verfügung.

Die Erstaufnahme mit ausführlicher Anamnese und Untersuchung dauert etwa 1,5-2 Stunden,

Folgebehandlungen erfordern in der Regel weniger Zeit. Die Preise für die Behandlungen hängen stark von Art und Umfang der Therapie ab. Die zu erwartenden Kosten für die Therapie besprechen wir mit Ihnen vor Ihrer Behandlung.

Kurze Telefongespräche sind kostenfrei. Für zeitintensive Telefongespräche entstehen Kosten, entsprechend der Gebührenordnung für Heilpraktiker (GebÜH).

Übersicht über unsere Leistungen und Honorare

kurzes Informationsgespräch	15 Minuten	kostenlos
Erstberatung	90-120 Minuten	180 Euro
Beratung	nach Aufwand	80 Euro / Stunde
Beratung telefonisch	kurz	20,50 Euro
	> 15 Minuten	30 Euro
Kinderwunschberatung (einzeln)	60 Minuten	100 Euro
Kinderwunschberatung (beide Partner)	120 Minuten	200 Euro
Stoffwechselprogramm "gesund&aktiv"	pauschal	356 Euro
Fußreflexzonenmassage	45 – 60 Minuten	50 Euro
Sonstige Therapien	nach Aufwand	80 Euro / Stunde
Rechnung mit Diagnose	entfällt bei Barzahlung	5 Euro

Die Gebührenangaben dienen als Grundlage für eine Behandlung und sind für Therapeut und Patient verbindlich. Bitte beachten Sie, dass das Honorar z.T. höher ist als der anrechenbare GebÜH-Satz und somit nicht komplett erstattet wird.

### Kostenerstattung für Selbstzahler

Die Kosten für eine Heilpraktikerbehandlung werden von den gesetzlichen Krankenkassen nicht übernommen. Unseren Zeitaufwand rechnen wir mit einem Stundensatz von 60 Euro ab.

### Kostenerstattung für Privat- oder Zusatzversicherte

Wenn Sie privat versichert sind oder einen Ergänzungsschutz für Heilpraktikerbehandlungen haben, besteht die Möglichkeit einer teilweisen oder vollständigen Übernahme durch die Versicherung. Dies ist jedoch abhängig von den individuellen Vereinbarungen zwischen Ihnen und Ihrem Versicherungsanbieter.

In diesem Fall erstellen wir Ihnen eine Rechnung auf Grundlage der Gebührenordnung für Heilpraktiker. Zu bedenken gibt es, dass die Orientierung der Kassen an der Gebührenverordnung für Heilpraktiker (GebÜH) in der Regel nicht den vereinbarten Honorarsätzen entspricht, da für Heilpraktiker die Gebührenordnung nur eine Richtlinie darstellt, veraltet ist und zudem nicht verpflichtend ist.

Die Übernahme der Behandlungskosten der privaten Krankenversicherung oder Beihilfe können wir nicht garantieren. Als Privatversicherter können Sie davon ausgehen, nur einen Teil Ihrer Kosten erstattet zu bekommen.



### **Zahlungsmöglichkeiten**

Die Kosten können entweder bar bezahlt oder per Rechnung innerhalb von 14 Tagen beglichen werden. Es ist dabei unabhängig, ob und wie hoch die Kosten von einer Krankenversicherung übernommen werden.

Heilpraktikerleistungen sind nach § 4 Nr. 14 UStG umsatzsteuerfrei.

### **Ausfallhonorar**

Verpasste oder nicht rechtzeitig (24 Stunden vorher) abgesagte Termine werden gem. neuester Rechtsprechung mit dem halben Honorarsatz in Rechnung gestellt.

### **Steuerliche Absetzbarkeit**

Je nach individueller Situation können die (Rest-)Kosten für die Heilbehandlung durch Heilpraktiker als außergewöhnliche Belastung von der Steuer abgesetzt werden. (§10EStG).

Rechnungen zur Vorlage beim Finanzamt müssen keine Diagnose enthalten.

Hiermit bestätige ich die Kenntnisnahme:

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der/des Patientin/Patienten



## Datenschutzrechtliche Einwilligung in die Verarbeitung personenbezogener Daten

Hiermit erteile ich

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

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

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

meine Einwilligung in die Verarbeitung meiner Gesundheitsdaten im Zusammenhang mit meiner Behandlung in der Praxis der datenschutzrechtlich verantwortlichen Heilpraktikerin:

HP Manuela Wagner-Jurk  
Hermann-Beuttenmüller-Str. 14  
75015 Bretten

Hiermit bestätige ich Folgendes:

- ✓ Ich bin darauf hingewiesen worden, dass die Verarbeitung meiner Daten zum Zweck der medizinischen Behandlung (Anamnese, Befunderhebung, Diagnose, Therapie, Nachsorge etc.) sowie aufgrund des zugrunde liegenden Behandlungsvertrags erforderlich ist.
- ✓ Ich bin darauf hingewiesen worden, dass die Einwilligung die Verarbeitung sensibler Daten (Gesundheitsdaten) umfasst.
- ✓ Die zur sachgerechten Information erforderlichen Angaben habe ich vor der Datenerhebung von der verantwortlichen Person mitgeteilt bekommen.
- ✓ Meine Einwilligung erfolgt freiwillig. Mir ist bekannt, dass ich nicht verpflichtet bin, diese Einwilligung zu erteilen. Erteile ich diese Einwilligung nicht, entstehen mir hierdurch keine Nachteile. Ohne Einwilligung kann jedoch grundsätzlich keine Behandlung durch den Verantwortlichen erfolgen.
- ✓ Den Inhalt der abgedruckten Widerrufsbelehrung habe ich vor Erteilung der Einwilligung zur Kenntnis genommen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der/des Patientin/Patienten

### Widerrufsbelehrung

Diese Einwilligung kann jederzeit und ohne Angabe von Gründen widerrufen werden. Die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung wird dadurch nicht berührt. Gesetzliche Erlaubnistatbestände bleiben von einem Widerruf der Einwilligung unberührt. Im Falle des Widerrufs ist eine Fortsetzung der Behandlung durch den Verantwortlichen grundsätzlich nicht mehr möglich.

Die Einwilligung kann mündlich oder schriftlich widerrufen werden. Der Widerruf ist zu richten an:

HP Manuela Wagner-Jurk  
Hermann-Beuttenmüller-Str. 14  
75015 Bretten



## Datenschutzrechtliche Einwilligung in die Verarbeitung personenbezogener Daten eines Kindes

Hiermit erteile ich

---

Vorname, Name

Geburtsdatum

als Träger der elterlichen Verantwortung meine Einwilligung in die Verarbeitung der Gesundheitsdaten von

---

Vorname, Name

Geburtsdatum

im Zusammenhang mit der Behandlung dieses Kindes in der Praxis der datenschutzrechtlich verantwortlichen Heilpraktikerin:

HP Manuela Wagner-Jurk  
Hermann-Beuttenmüller-Str. 14  
75015 Bretten

Hiermit bestätige ich Folgendes:

- ✓ Ich bin darauf hingewiesen worden, dass die Verarbeitung meiner Daten zum Zweck der medizinischen Behandlung (Anamnese, Befunderhebung, Diagnose, Therapie, Nachsorge etc.) sowie aufgrund des zugrunde liegenden Behandlungsvertrags erforderlich ist.
- ✓ Ich bin darauf hingewiesen worden, dass die Einwilligung die Verarbeitung sensibler Daten (Gesundheitsdaten) umfasst.
- ✓ Die zur sachgerechten Information erforderlichen Angaben habe ich vor der Datenerhebung von der verantwortlichen Person mitgeteilt bekommen.
- ✓ Meine Einwilligung erfolgt freiwillig. Mir ist bekannt, dass ich nicht verpflichtet bin, diese Einwilligung zu erteilen. Erteile ich diese Einwilligung nicht, entstehen mir hierdurch keine Nachteile. Ohne Einwilligung kann jedoch grundsätzlich keine Behandlung durch den Verantwortlichen erfolgen.
- ✓ Den Inhalt der abgedruckten Widerrufsbelehrung habe ich vor Erteilung der Einwilligung zur Kenntnis genommen.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift der/des Patientin/Patienten

### Widerrufsbelehrung

Diese Einwilligung kann jederzeit und ohne Angabe von Gründen widerrufen werden. Die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung wird dadurch nicht berührt. Gesetzliche Erlaubnistatbestände bleiben von einem Widerruf der Einwilligung unberührt. Im Falle des Widerrufs ist eine Fortsetzung der Behandlung durch den Verantwortlichen grundsätzlich nicht mehr möglich.

Die Einwilligung kann mündlich oder schriftlich widerrufen werden. Der Widerruf ist zu richten an:

HP Manuela Wagner-Jurk  
Hermann-Beuttenmüller-Str. 14  
75015 Bretten