



Naturheilpraxis Sandra Probst

Ringstraße 1a

04924 Bad Liebenwerda OT Theisa

 035341-188901

 pro.sandra@web.de

 www.heilpraxis-sandraprobst.de

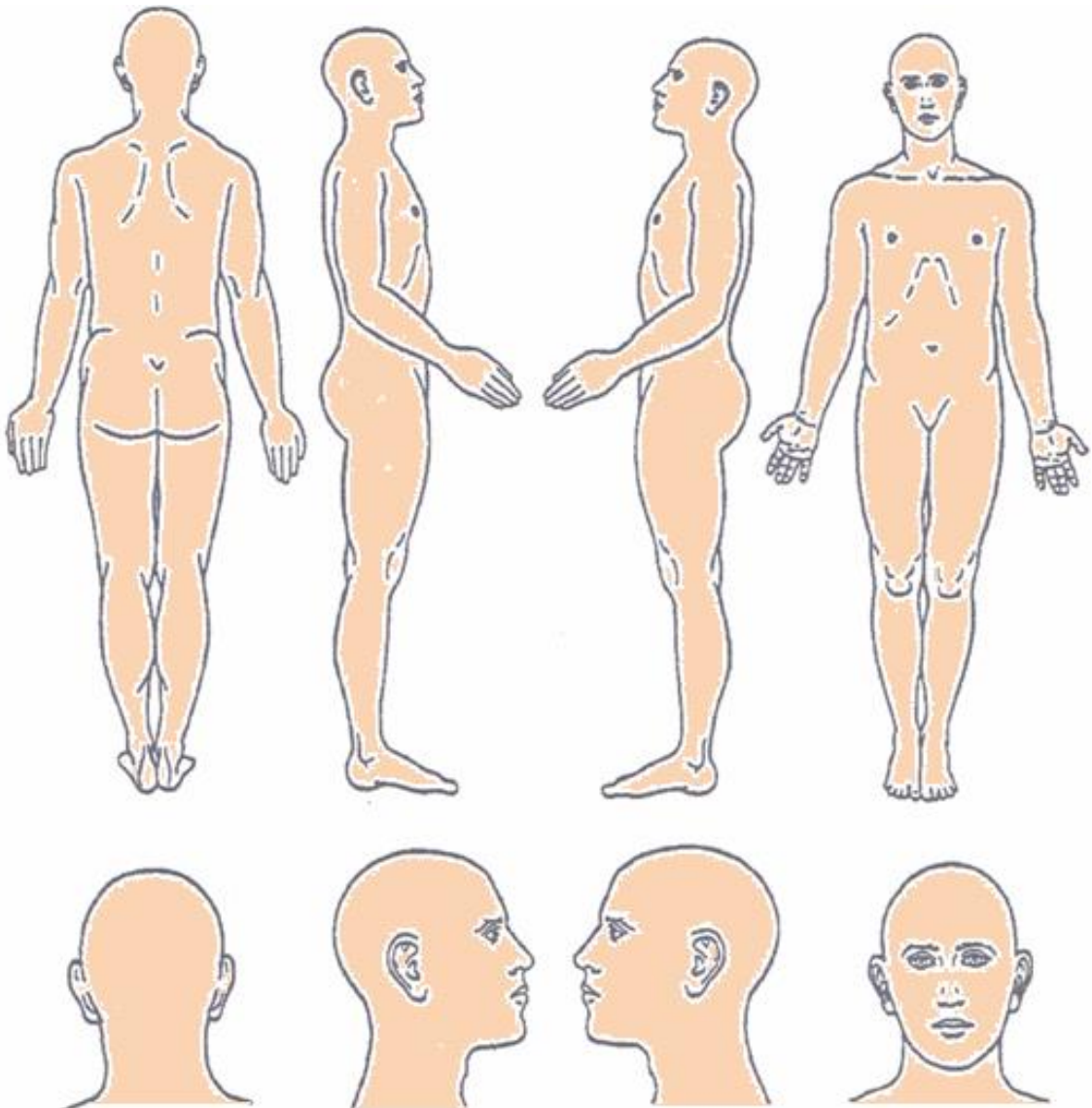
Anamnesebogen

Name		Vorname		
Straße		Nr.		
PLZ	Ort			
Beruf	Geburtsdatum	Größe	Gewicht	
Telefon		E-Mail		
Krankenkasse	Hausarzt	Facharzt		
Allergien/Unverträglichkeiten				

Dieser Fragebogen dient ausschließlich dazu, dass ich meine Arbeit besser auf Sie und ihre Situation einstellen kann und meiner Sorgfaltspflicht in vollem Umfang gerecht werden kann. Alle Angaben werden streng vertraulich behandelt. Nehmen Sie sich ausreichend Zeit und senden Sie mir den ausgefüllten Bogen vorm ersten Termin zu.

Sie haben nun die Möglichkeit Ihr Beschwerdebild ausführlich zu schildern.

1. Wo haben Sie zurzeit hauptsächlich Schmerzen? Bitte malen Sie das Schmerzgebiet in den Körperschemata aus.
2. Gibt es weitere Stellen, an denen Sie Schmerzen haben? Bitte schraffieren Sie diese Schmerzgebiete in den Körperschemata – oder benutzen alternativ eine andere Farbe.
3. Bitte markieren Sie mit einer weiteren Farbe vorhandene Narben durch z.B. OPs, Verletzungen oder Unfälle.



Medikamente

Welche Medikamente/Nahrungsergänzungsmittel nehmen Sie ein?
(alternativ Medikamentenplan beifügen)

Name des Präparates inkl. Stärke	Dosierung			
	Früh	Mittag	Abend	zur Nacht

Akute Beschwerden

Unter welchen Beschwerden leiden Sie und seit wann?
Ordnen Sie die Beschwerden nach Ihrer Wichtigkeit.

1. _____ seit: _____
2. _____ seit: _____
3. _____ seit: _____
4. _____ seit: _____
5. _____ seit: _____
6. _____ seit: _____

Was war unmittelbar vor dem ersten Auftreten Ihrer Beschwerden?

- Erkrankung Kummer
- Trauerfall Schreck
- Operationen Hautausschläge
- andere: _____

Welche Behandlungen erhielten Sie in der Vergangenheit? Wie war der Erfolg?

Welche Behandlungen erhalten Sie aktuell? Wie ist der Erfolg?

Welche Ärzte, Kliniken, Heilpraktiker haben Sie bislang aufgesucht?

Welches Ziel möchten Sie bezüglich der gesundheitlichen Störung/ des Problems mit mir erreichen?

Wie würde sich Ihr Leben verändern, wenn Sie die Erkrankung/ das Problem nicht mehr hätten?

Krankheitsgeschichte

Chronologische

Krankengeschichte:

Bitte erfassen Sie alle Erkrankungen und Operationen die Sie bisher durchgemacht haben mit Jahresangabe, möglichst von Kindheit an:

Welche Infektionskrankheiten haben Sie durchgemacht?

- Masern
- Mumps
- Röteln
- Keuchhusten
- Windpocken
- Scharlach
- Tetanus
- Kinderlähmung
- Malaria
- Salmonellose
- Ruhr
- Syphillis
- Pfeiffersches Drüsenfieber
- Gonorrhoe (Tripper)
- Tropenkrankheiten
- Tuberkulose

Wurden diese Erkrankungen oder andere schon einmal mit Antibiotika behandelt?

- ja nein

Welche Krankheiten sind in Ihrer Familie bekannt?

- Tuberkulose
- Krebs
- Gicht
- Geisteskrankheiten
- Geschlechtskrankheiten
- Epilepsie
- Herzerkrankungen
- Gefäßerkrankungen
- Schlaganfall
- Asthma
- Diabetes mellitus
- Rheuma
- Multiple Sklerose
- Steinleiden an Galle/Niere/Blase
- Allergien
- Schuppenflechte
- Neurodermitis
- andere:

Sind Sie geimpft?

- ja nein

Ist der Impfstatus aktuell?

- ja nein

Gab es Reaktionen auf Impfungen?

- ja nein
- Fieber Krämpfe
- Unruhe Schlaflosigkeit
- Verhaltensänderungen

Allgemeine Symptome

- | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Blässe <input type="checkbox"/> Antriebsarmut <input type="checkbox"/> abgeschlagen, müde, schnell erschöpft <input type="checkbox"/> Schweregefühl <input type="checkbox"/> geschwollene Hände/Füße <input type="checkbox"/> Taubheitsgefühl in Händen/Füßen <input type="checkbox"/> Kribbeln in Händen/Füßen <input type="checkbox"/> schlecht heilende Wunden <input type="checkbox"/> Rastlosigkeit, immer in Bewegung <input type="checkbox"/> Neigung zu blauen Flecken <input type="checkbox"/> Muskelkrämpfe <input type="checkbox"/> Lähmungen <input type="checkbox"/> Zittern <input type="checkbox"/> Zuckungen <input type="checkbox"/> Steifheit der Glieder <input type="checkbox"/> Zugluft-/Windempfindlichkeit <input type="checkbox"/> Ich friere sehr schnell <input type="checkbox"/> Kalte Hände <input type="checkbox"/> kalte Füße <input type="checkbox"/> Kälteempfindlichkeit der LWS <input type="checkbox"/> Infektanfälligkeit <input type="checkbox"/> schnell fiebrig <input type="checkbox"/> Fieberschübe/-krämpfe <input type="checkbox"/> Hitzeempfindlichkeit <input type="checkbox"/> Hitzewallung | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Ich schwitze in der Nacht <input type="checkbox"/> Ich schwitze sehr schnell <input type="checkbox"/> An welchem Körperteil? <hr style="width: 50%; margin: 10px auto;"/> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> kalter Schweiß <input type="checkbox"/> warmer Schweiß <input type="checkbox"/> klebrig <input type="checkbox"/> übelriechend <input type="checkbox"/> kein Schweiß <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Herzklopfen <input type="checkbox"/> Herzrasen <input type="checkbox"/> Schlafstörungen <input type="checkbox"/> Schwindel <input type="checkbox"/> Sprachstörungen/ Stottern <input type="checkbox"/> Blutdruck hoch/niedrig <p>Wie belastbar und leistungsfähig fühlen Sie sich?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> sehr belastbar <input type="checkbox"/> mäßig belastbar <input type="checkbox"/> gar nicht belastbar | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> allgemeine innere/äußere Angespanntheit <input type="checkbox"/> Nervosität, innere Unruhe <input type="checkbox"/> Schreckhaftigkeit <input type="checkbox"/> Angst vor bestimmten Dingen <input type="checkbox"/> Existenzangst <input type="checkbox"/> Verwirrheitszustände <input type="checkbox"/> leichte Reizbarkeit <input type="checkbox"/> mangelnde Konzentration <input type="checkbox"/> Vergesslichkeit <input type="checkbox"/> Neigung zu Zorn oder Wutausbrüchen <input type="checkbox"/> Schwermütigkeit <input type="checkbox"/> innerliches Brodeln, innere Wut ohne Ausbruch <input type="checkbox"/> häufige Stimmungstiefs <input type="checkbox"/> beunruhigende Gedanken <input type="checkbox"/> plötzliche Panikattacken <input type="checkbox"/> Neigung zum Grübeln („Hänge Gedanken nach“) <input type="checkbox"/> Neigung zu Melancholie/ Traurigkeit <input type="checkbox"/> Entscheidungen zu treffen, fällt schwer <input type="checkbox"/> schwache Willenskraft <input type="checkbox"/> häufig Mitleid mit anderen <input type="checkbox"/> Sorgen machen |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Schmerz und Schmerzcharakter

- | Einfluss | verbessert | verschlechtert | | |
|-----------|--------------------------|--------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| Wärme | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> dumpf | <input type="checkbox"/> mit Juckreiz |
| Kälte | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> scharf | <input type="checkbox"/> auf einen Ort begrenzt (lokal) |
| Ruhe | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> schneidend | <input type="checkbox"/> oberflächlich |
| Bewegung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> brennend | <input type="checkbox"/> tief |
| Druck | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> wandernd | <input type="checkbox"/> dauernd vorhanden |
| Berührung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> krampfartig | <input type="checkbox"/> anfallsweise |
| Essen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> kribbelnd | <input type="checkbox"/> Schweregefühl |
| | | | <input type="checkbox"/> ziehend | <input type="checkbox"/> Schmerz geringer Intensität |

Kopf

Leiden Sie unter Kopfschmerzen?

- häufig selten nie

- Hinterhauptregion/ Nacken
 Stirn-Augen-Schläfenregion
 morgens abends
 links rechts
 halbseitig

Auslöser der Kopfschmerzen:

Was verbessert?

Was verschlechtert?

Begleitbeschwerden

Leiden Sie unter Haarausfall?

- ja, seit:

- kreisrund vereinzelt

Augen

- gerötet brennen
 kurzsichtig weitsichtig
 Farbblindheit Trockenheit
 Juckreiz Tränen
 verschwommenes Sehen

Ohren

- Hörminderung
 Schwerhörigkeit
 Schmerzen re li
 Ohrendruck re li
 Ohrgeräusche re li
 Tinnitus re li
 hoher Ton, pfeifen
 Rauschen, nur bei Stille hörbar
 häufig Mittelohrentzündungen

Nase

- Operationen
 Heuschnupfen
 Nasennebenhöhlen-entzündung
 behinderte Nasenatmung
 verstopft trocken
 laufende Nase
 wässrig schleimig
 eitrig grünlich
 häufiges Niesen
 Neigung zu Nasenbluten
 verminderter Geruchssinn

Mandeln

- häufige Entzündungen
 Operationen

Schilddrüse

- Unterfunktion
 Überfunktion
 Vergrößerung
 Operation

Zähne/ Kiefer/ Mundhöhle

Zahnerkrankungen und Zahnwerkstoffe können sich auf die Gesundheit des gesamten Körpers auswirken.

- erschwerter Durchbruch der Weisheitszähne
 wurzelbehandelte Zähne
 tote Zähne
 empfindliche Zähne auf:
 heiß kalt
 Parodontose/Parodontitis
 Zahnspange (früher)
 Wurden bei Ihnen Amalgamfüllungen entfernt?
 ja nein

Zahnfüllmaterialien

- Amalgam Gold
 Titan Kunststoff
 Keramik Palladium
 Implantate

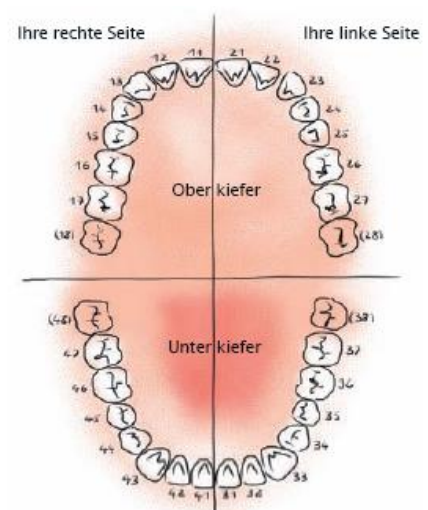
Mund

- Zahnfleischbluten
 spröde rissige Lippen
 Lippenherpes
 Mundgeruch
 Rhagaden/ Aphten

Kiefergelenke

- Schmerzen
 Geräusche beim Kauen
 Blockade
 Zähneknirschen

Bitte markieren Sie behandelte oder erkrankte Zähne sowie Zahnfleisch.



Körper- und Organfunktionen

Herz

- Herzstolpern
- Stechen
- Druckgefühl
- Engegefühl
- Infarkt
- Rhythmusstörung

Lunge

- häufig Husten
- Bronchitis
- Asthma
- Heiserkeit
- Atemnot
- in Ruhe nachts
- Auswurf
- gelb klar
- zäh locker
- trockene Schleimhäute
- Kloßgefühl im Hals

Niere/ Blase

- Steinleiden
- häufige Entzündungen
- Operationen
- Reizblase

Leber/Galle

- Steinleiden
- Koliken
- Operationen
- Druck im Oberbauch
- Fettunverträglichkeit
- Entzündungen

Haut

- Ausschlag Akne
- trocken fettig
- Juckreiz gerötet
- Geschwüre
- Verbrennungen
- Pilze Warzen
- stumpfes glanzloses Haar
- brüchige Nägel

Magen

- Appetitlosigkeit
- Völlegefühl
- Sodbrennen
- Heißhunger
- Aufstoßen
- Brechreiz
- vermindertes Geschmacksempfinden

Harn

- viel wenig
- hell dunkel
- trüb klar
- streng riechend
- Harnträufeln
- häufiges Wasserlassen
- Blasenschwäche beim Niesen/Husten/Pressen
- Einnässen nachts
- Entleerung erschwert

Darm

- Operationen
- Entzündungen
- Hämorrhoiden
- chronische Darmerkrankungen
- Verwachsungen
- Reizdarm
- Blähungen
- Divertikel
- Polypen

Stuhlgang

- täglich
- unregelmäßig
- Neigung zu:
- Durchfall
- Verstopfung
- übelriechende Winde

Konsistenz des Stuhls

- hell dunkel
- breiig klebrig
- hart weich
- knollig
- trocken
- erst fest, dann weich
- übelriechend
- Blut im Stuhl
- Stuhlinkontinenz

Rücken

- Verspannung
- Hexenschuss
- Ischias
- Skoliose
- Myogelosen

Gynäkologischer/ urologischer Bereich

Sexualität

- vermindert
- verstärkt
- Orgasmusstörung
- totale Erschöpfung nach GV
- Beschwerden während GV
- Sexuelle Unlust
- Ungewollte Kinderlosigkeit

Verhütung:

- Pille
- Nuva-Ring
- Spirale
- Hormonspritze
- andere:

Frau

- Ausfluss:
- klar gelb
 - weiß stark
 - reizend riechend
 - kein Ausfluss
 - Geburten, wieviel?
 - Fehlgeburten
 - Frühgeburten
 - Schmerzen
 - Operationen
 - Entzündungen
 - Zysten
 - Tumore
 - Myome
 - Geschlechtskrankheit
 - Brusterkrankungen

Wann war die erste Regel? _____

Menopause seit: _____

Menstruationszyklus

- regelmäßig kurz
- unregelmäßig lang
- schmerzhaft
- davor danach
- krampfartig ziehend
- Brustspannen

Blutung

- stark schwach
- hell dunkel
- klumpig braun
- dünnflüssig rot

Mann

- Prostata vergrößert
- Entzündungen
- Beschwerden beim Wasserlassen
- Geschlechtskrankheit
- Erektionsstörung
- vorzeitiger Samenerguss
- Zeugungsunfähigkeit
- Sterilisation

Lebensweise

- Ich treibe regelmäßig Sport.
- Ich arbeite zu viel.
- Ich leide unter Stress.
- Ich esse unregelmäßig.
- Ich rauche.
- Ich trinke regelmäßig täglich Alkohol.
- Ich nehme Drogen.

Wie ist ihre Wohnung beschaffen?

- Funkmasten in der Nähe
- Überlandleitung/Bahnstrom in der Nähe
- Mein Schlaf- und Arbeitsplatz wurde baubiologisch untersucht (Elektrosmog, Umwelttoxine, Geopathie)
- Mikrowelle
- Antiquitäten/Holzschutzmittel
- Schimmelpilzbelastung
- Teppichböden

Trinkverhalten

- Trinken in kleinen Schlucken
- Trinken in großen Schlucken
- Durst, ohne Bedürfnis zu trinken
- kein Durstgefühl
- Verlangen nach warmen kalten Getränken

Täglich Trinkmenge

- unter 0,5l
- unter 1,0l
- 1-2 Liter
- über 2 Liter

Was trinken Sie?

- Wasser ohne Kohlensäure
- Wasser mit Kohlensäure
- Fruchtsäfte
- Kaffee
- Milch
- Softdrinks
- Wein
- Bier
- Tee

Wie ist ihr Schlafplatz eingerichtet?

- schnurlose Telefone/Internet
- elektrische Geräte Stand-by
- Wasserbett
- eingebauter elektrischer Motor

Wie ist ihr Schlaf?

- Müdigkeit trotz ausreichend Schlaf
- Schlaflosigkeit
- häufiges Erwachen, um wieviel Uhr:
- nächtliches Wasserlassen wie oft:
- Durchschlafstörung
- Einschlafstörung mit Gedanken
- Einschlafstörung ohne Gedanken
- Unruhe in den Beinen
- Hochschrecken im Schlaf
- Nachtschweiß
- heiße Füße
- Zähneknirschen
- Sprechen im Schlaf
- Lebhaftige Träume
- Alpträume

Welche Nahrungsmittel essen Sie wie häufig?

	nie	selten	1x am Tag	mehrmals täglich
Milchprodukte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Süßigkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weißmehlprodukte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kuchen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zucker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fleisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gemüse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Obst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nüsse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Auf welche Lebensmittel können Sie nur schwer verzichten?

Leben Sie nach bestimmten Ernährungsrichtlinien?

ja nein

welche: _____

Wurden Sie gestillt?

- ja nein

War ihre Geburt eine natürliche?

- ja nein

Sind Sie bereit Ihre Ernährungsgewohnheiten zu verbessern?

- ja nein

Familienanamnese

Sind die Personen noch am Leben oder bereits verstorben? Wie war oder ist das Verhältnis der Person gegenüber?

Mutter	
Vater	
Geschwister	
Großeltern	
Kind/ er	
Partner/ in	

Sozialanamnese

Kurze knappe Antwort

Erlerner Beruf	
Finanzielle Stellung	
Ausbildung	
Freunde	
Familie	
Soziales Netz	
Hobbys	
Freizeitverhalten	
Urlaub	
Haustiere	

Ergänzende Bemerkungen



Behandlungsvertrag

Der/Die Klient/in

und die Heilpraktikerin/Osteopathin

Name	
Anschrift	
Geburtsdatum	
Telefon	
email	

Frau Sandra Probst
 Ringstraße 1a
 04924 Bad Liebenwerda OT Theisa

 035341-188901
 info@heilpraxis-sandraprobst.de

schließen folgenden Behandlungsvertrag:

§ 1 Vertragsgegenstand

Der Klient nimmt eine naturheilkundliche Behandlung der Heilpraktikerin und Osteopathin in Anspruch.

§ 2 Aufklärung / Hinweise

Der Klient wird darauf hingewiesen, dass

- er das Erstattungsverfahren gegenüber seiner Versicherung eigenverantwortlich durchführt. Hierzu erforderliche Unterlagen (u.a. Rechnungen) händigt die Heilpraktikerin dem Klienten aus. Das Ergebnis des Erstattungsverfahrens lässt den Honoraranspruch der Heilpraktikerin gegenüber dem Klienten unberührt.
- die Behandlung der Heilpraktikerin eine ärztliche Therapie nicht vollständig ersetzt. Sofern ärztlicher Rat erforderlich ist, wird die Heilpraktikerin unverzüglich eine Weiterleitung an einen Arzt veranlassen.
- für die Erteilung einer Auskunft der Heilpraktikerin an Dritte die schriftliche Einwilligung des Klienten erforderlich ist.

§ 3 Honorar, Kostenerstattung

Das Honorar für die Behandlung berechnet sich, sofern nicht anders vereinbart, nach dem Zeitaufwand der Heilpraktikerin. Sie erhält hierfür eine Vergütung in Höhe von 60 € je voller Stunde. Angebrochene Stunden werden anteilig berechnet. Das Honorar ist unmittelbar zur Zahlung fällig. Das Gebührenverzeichnis der Heilpraktiker (GebüH) aus dem Jahr 1985 findet Anwendung zur Rechnungslegung für Private Krankenkassen, Zusatzversicherungen und Beihilfe.

§ 4 Ausfallhonorar

Versäumt der Klient einen fest vereinbarten Behandlungstermin, schuldet er der Heilpraktikerin ein Ausfallhonorar in Höhe des hälftigen Betrages, der dem für den Termin reservierten Zeitfenster entspricht. Dies gilt nicht, wenn der Klient mindestens 24 Stunden vor dem vereinbarten Termin absagt oder ohne sein Verschulden am Erscheinen verhindert ist.

§ 5 Datenschutz

Die folgende Einverständniserklärung zur Erhebung /Verarbeitung /Übermittlung der Klientendaten ist Bestandteil dieser Vereinbarung.

Einverständniserklärung zur Datenerhebung

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten zum Zwecke der Dokumentation gespeichert werden. Die Heilpraktikerin verpflichtet sich, die Daten außerhalb der notwendigen Eingaben zur Diagnose und Behandlung nicht an unbeteiligte Dritte weiterzugeben.

 Datum, Sandra Probst

 Datum, Unterschrift Klient/in

Infostand: 01.10.2015