

# Gesundheits-Hof GmbH & Co. KG

Osdorfer Landstraße 251 a/b ▪ 22549 Hamburg  
Fon: +49 (0)40 8060109-30 ▪ Fax: +49 (0)40 8060109-39  
info@gesundheits-hof.de ▪ www.gesundheits-hof.de



## Behandlungsvereinbarung

Sehr geehrte\*r Patient\*in,

wir freuen uns, Sie im Gesundheits-Hof zu begrüßen. Bitte füllen Sie die Vereinbarung vollständig aus.

## Persönliche Angaben

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Straße, Hausnr.: \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_ Wohnort: \_\_\_\_\_

Tel. privat: \_\_\_\_\_ Tel. dienstl.: \_\_\_\_\_

Tel. mobil: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Ich bin mit SMS oder E-Mail-Empfang für vertragliche Abstimmungen (z.B. bzgl. Terminen) einverstanden.

## Angaben zur Krankenversicherung

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

Private Krankenversicherung      Beihilfe:     ja       nein

Gesetzliche Krankenkasse

Mitglied       Rentner\*in

Familienversichert      Versichert über: \_\_\_\_\_

Zuzahlungsbefreit?       ja (bitte Nachweis vorlegen)       nein

Wie wurden Sie auf uns aufmerksam? \_\_\_\_\_

## Bestätigung

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich Kenntnis darüber erhalten habe:

- einen Termin bis **maximal 24 Stunden vorher** abzusagen.
- dass mir **nicht wahrgenommene** oder **nicht rechtzeitig abgesagte Termine** in Höhe der Vergütungsregelung **privat in Rechnung gestellt werden**.

Weiterhin stimme ich mit meiner Unterschrift zu, dass meine genannten Daten zu Verwaltungs- und Abrechnungszwecken gespeichert werden.

Ort, Datum

Unterschrift Patient\*in

**Bitte wenden!**

# Gesundheits-Hof GmbH & Co. KG

Osdorfer Landstraße 251 a/b ▪ 22549 Hamburg  
Fon: +49 (0)40 8060109-30 ▪ Fax: +49 (0)40 8060109-39  
info@gesundheits-hof.de ▪ www.gesundheits-hof.de



## Anamnesebogen

Sehr geehrte\*r Patient\*in,

dieser Fragebogen dient dazu, Ihre wichtigsten medizinischen Informationen vor Beginn der Therapie zu erfassen, um Ihre Behandlung optimal abzustimmen.

Bitte informieren Sie uns in Ihrem eigenen Interesse, wenn sich bei den von Ihnen gemachten Angaben im Verlauf der Behandlung Änderungen ergeben.

Vielen Dank!

## Patientenangaben

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Ich trage einen Herzschrittmacher

Ich nehme Marcumar-Tabletten ein  
Welche? (z.B. Plavix, Iscover) \_\_\_\_\_

Bei mir wurden folgende Organerkrankungen festgestellt:

Bluthochdruck  Asthma  Zuckerkrankheit  Nierenschwäche  Epilepsie

Herzrhythmusstörungen  Herzschwäche  Herzinfarkt  Schlaganfall

Thrombose oder Embolie

andere neurologische Erkrankungen \_\_\_\_\_

andere Lungenerkrankungen \_\_\_\_\_

Sonstiges \_\_\_\_\_

Bei mir wurde eine rheumatische Erkrankung diagnostiziert Welche? (z.B. Morbus Bechterew, Rheumatoide Arthritis, Weichteilrheuma, Fibromyalgie) \_\_\_\_\_

Ich habe regelmäßig Rückenbeschwerden im Bereich:

Schulter/Nacken  Brust-WS  Lenden-WS

Gibt es dazu eine konkrete ärztliche Diagnose? \_\_\_\_\_

Bei mir wurde eine Arthrose in folgendem Gelenk diagnostiziert: \_\_\_\_\_

Ich habe einen künstlichen Gelenkersatz. Wo? \_\_\_\_\_

Ich wurde in den vergangenen 5 Jahren operiert. Wo? \_\_\_\_\_

Ich reagiere allergisch auf: \_\_\_\_\_

Ich nehme derzeit folgende Medikamente ein: \_\_\_\_\_

## Einverständniserklärung

**Dieser Fragenbogen unterliegt den gesetzlichen Datenschutzbestimmungen und ist für unbeteiligte Dritte unzugänglich.**

**Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Gesundheits-Hof GmbH & Co. KG zum Zwecke einer optimalen Beratung und Behandlung meine Daten an meinen behandelnden / überweisenden Arzt weiterleiten kann und dort ggf. für den Behandlungsverlauf relevante Daten einholt.**

Ort, Datum

Unterschrift Patient\*in

# Gesundheits-Hof GmbH & Co. KG

Osdorfer Landstraße 251 a/b ▪ 22549 Hamburg  
Fon: +49 (0)40 8060109-30 ▪ Fax: +49 (0)40 8060109-39  
info@gesundheits-hof.de ▪ www.gesundheits-hof.de



## Erklärung Schweigepflichtsentbindung

Sehr geehrte\*r Patient\*in,

die neue Datenschutz-Grundverordnung der EU gibt uns die Möglichkeit mit Ihnen einige Abläufe in unserer Praxis zu regeln. Bitte lesen Sie die Patienteninformation zur neuen DSGVO an unserer Informationstafel.

## Persönliche Angaben

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Straße, Hausnr.: \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_ Wohnort: \_\_\_\_\_

## Datenaufnahme / Datenverarbeitung / Datenweitergabe

Ich erkläre hiermit widerruflich mein Einverständnis, dass meine persönlichen Daten, Therapieberichte, Rezeptänderungen gespeichert und zu Abrechnungszwecken an Dritte weitergeleitet werden dürfen (Ärzte, Krankenversicherungen, Abrechnungszentren).

Ich stimme zu, dass bis auf Widerruf von meiner/m behandelnden/m Ärztin/Arzt sämtliche Informationen aus meiner Patientendokumentation (somit Informationen über meinen Zustand bei Übernahme der Beratung oder Behandlung, die Vorgeschichte einer Erkrankung, die Diagnose, den Krankheitsverlauf sowie über Art und Umfang der beratenden, diagnostischen oder therapeutischen Leistungen) übermittelt werden dürfen.

Die Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden. Die Rechtmäßigkeit der Verarbeitung meiner Daten bleibt bis zum ordnungsgemäßen Eingang des Widerrufs unberührt.

Ort, Datum

Unterschrift Patient\*in

**Bitte wenden!**

## Gesundheits-Hof GmbH & Co. KG

Osdorfer Landstraße 251 a/b ▪ 22549 Hamburg  
Fon: +49 (0)40 8060109-30 ▪ Fax: +49 (0)40 8060109-39  
info@gesundheits-hof.de ▪ www.gesundheits-hof.de



### Einwilligungserklärung E-Mails

Ich stimme zu, dass die vorab genannte Datenaufnahme/Datenverarbeitung und Weitergabe an die entsprechenden Stellen per E-Mail, Fax oder Telefon weitergeleitet werden darf.

Mir ist bewusst, dass dies zur Offenlegung meines Gesundheitszustandes führen kann und dass die behandelnden Therapeut\*innen oder die Praxis hierfür nicht haftbar gemacht werden kann.

Die Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden. Die Rechtmäßigkeit der Verarbeitung meiner Daten bleibt bis zum ordnungsgemäßen Eingang des Widerrufs unberührt.

Die Gesundheits-Hof GmbH & Co. KG setzt Microsoft 365 ein. Die End-to-End Verschlüsselungsmethode ist in Outlook integriert. Unsere Mails sind somit schon auf dem Gerät des Senders (bei uns) codiert und werden erst beim Empfänger wieder dechiffriert.

---

Ort, Datum

Unterschrift Patient\*in