

# Praxis für klassische Homöopathie

Praxis für klassische Homöopathie Hohenzollernstr.4 87700 Memmingen

1

## Patienteninformation

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient

Sie interessieren sich für eine Behandlung in klassischer Homöopathie. Bei der Erstbehandlung nehme ich mir für Sie bis zu zwei Stunden Zeit. Denn Sie als Mensch stehen bei mir im Vordergrund. Genaue Angaben zu Ihrer Persönlichkeit, Ihren Beschwerden und eventuellen Krankheiten in Ihrer Familie, helfen mit für Sie das passende homöopathische Arzneimittel zu finden. Bitte füllen Sie folgenden Fragebogen so gut wie mögliche aus und bringen ihn zu unserem Erstgespräch mit. Ihre Angaben werden von mir natürlich vertraulich behandelt. Wichtig sind außerdem Krankenbefunde Ihres Arztes, Arzneimittel und Cremes, die Sie aktuell nutzen. Weitere Infos und Kurstermine zu meiner Homöopathischen Hausapotheke finden Sie unter [www.praxisfischer-mm.de](http://www.praxisfischer-mm.de).

## Honorarsätze werktags Stand 01.07.18

Erstgespräch inklusive Finden des homöopathischen Arzneimittels für Erwachsene:	190€
Erstgespräch inklusive Finden des homöopathischen Arzneimittels für Kinder bis 17 Jahre:	160€
Weitere Folgegespräche:	80€ pro Stunde
Telefonische Beratung und Emailbearbeitung: (Bitte keine SMS und WhatsApp)	80€ pro Stunde
Finden des homöopathischen Mittels nach Folgegesprächen:	Maximal 30€
An Wochenenden Samstag, Sonntag oder Feiertag und in den Ferien oder außerhalb der <b>Sprechzeit</b> von Montag bis Donnerstag 09.00-12.00 Uhr und 14.00-18.00 Uhr Freitag 09.00-12.00 Uhr	Einmaliger Zuschlag jeweils 15€ und pro Stunde 90€
Terminausfall oder Absage ab 2 Wochentagen vor dem Termin	35€ pro Termin

# Praxis für klassische Homöopathie

## Patientenfragebogen

Name, Vorname:

Straße:

PLZ/Wohnort:

Beruf:

Email / Telefon:

Geburtsdatum:

Größe, Gewicht:

Krankenkasse:

Wie sind Sie auf mich aufmerksam geworden? (Empfehlung durch, Internet, Zeitung, etc.?)

2

## Medikamente

Welche Medikamente nehmen Sie ein? Gibt es Medikamente, die sie zuvor über einen längeren Zeitraum eingenommen haben? (auch Hormone, Schüssler Salze und andere pflanzliche Heilmittel?)

Welche homöopathischen Arzneien in welcher Potenz haben sie bisher eingenommen?

## Hauptbeschwerden

Welche Beschwerden bringen Sie zu mir? Beschreiben Sie diese kurz.



# Praxis für klassische Homöopathie

## Sonstige Beschwerden

Kennen oder kannten Sie in ihrem bisherigen Leben wiederkehrende Beschwerden in folgenden Bereichen? Bitte unterstreichen, ankreuzen und benennen.

**Kopf:** Kopfschmerz, Schwindel, Ohnmacht oder Ähnliches Ja / Nein

**Augen:** Besonderheiten beim Sehen, Schielen, Tränenfluss, Reizungen oder Ähnliches Ja / Nein

**Ohren:** Besonderheiten beim Hören, Geräusche, Ausfluss oder Ähnliches Ja / Nein

**Nase:** Besonderheiten im Geruchssinn, Schnupfen, Nasenbluten oder Ähnliches Ja / Nein

**Mund:** Besonderheiten im Geschmacksinn, Gefühl, Speichel, Zunge oder Ähnliches Ja / Nein

**Lippen:** Risse, Blasen, Haut oder Ähnliches Ja / Nein

**Zähne:** Karies, Schmerzen, Verfärbungen oder Ähnliches Ja / Nein

**Zahnfleisch:** Geschwollen, blutend, zurückgezogen oder Ähnliches Ja / Nein

**Erkältungen:** Welche Beschwerden in welcher Häufigkeit Ja / Nein

**Lungen/Bronchien:** Asthma, Infekte, Atembeschwerden Ja / Nein

**Herz:** Herzrhythmusstörungen, Engegefühl der Brust, Herzschmerz Ja / Nein

**Rücken:** Wirbelsäulenbeschwerden, Bandscheiben, Nervenbeschwerden und Muskelverspannungen oder Ähnliches Ja / Nein

**Gelenke, Arme, Beine:** Gicht, Arthrose, Rheumatische Beschwerden oder Ähnliches Ja / Nein

**Bauch, Verdauung:** Magenbeschwerden, Gallen und Leberprobleme, Reizdarm, Stuhlgang, Schmerzen und besonderes Essverhalten Ja / Nein

**Harnorgane:** Blasen und Nierenbeschwerden oder Ähnliches Ja / Nein

# Praxis für klassische Homöopathie

<b>Haut, Haare, Nägel:</b> Hautausschlag, Trockene Haut, Haarausfall, Beschaffenheit der Nägel oder Ähnliches	Ja / Nein
<b>Wundheilung:</b> Besonderheiten bei der Wundheilung	Ja / Nein
<b>Sexualität:</b> freiwillige Angabe	Ja / Nein
<b>Sonstiges:</b>	Ja / Nein

4

## Geist und Gemüt

Welchen Kummer und welche Sorgen haben/hatten Sie in Ihrem Leben?

Unter welchen Umständen leben Sie? Gibt es Themen, die sie belasten? (Partnerschaft, Beruf, Wohnverhältnis)

## Wenn Kinder Patienten sind:

**Bitte bringen Sie das Vorsorgeheft, Impfausweis und Mutterpass zur Fallaufnahme mit.**

Wie verlief die Schwangerschaft und die Geburt?

Wie war die Zeit vor der Schwangerschaft gesundheitlich und seelisch?

Welche Medikamente auch Homöopathische haben Sie während der Schwangerschaft eingenommen?

Wie ist/war die Entwicklung? Wann hat sich Ihr Kind gedreht, ist gekrabbelt. Ab wann konnte es Aufstehen und Laufen? Wie war die Zahnung, das Sprechen lernen? Wie schnell lernt ihr Kind Neues?

Wie wurden Impfungen vertragen? Welche Beschwerden sind nach der Impfung aufgetreten, oder wurden auch erst nach Monaten festgestellt.

Welche Kinderkrankheiten hatte ihr Kind?



# Praxis für klassische Homöopathie

## Zeitliche Reihenfolge Ihrer Erkrankungen und seelischen Belastungen

Bitte tragen Sie auf dem Zeitstrahl alle Krankheiten, Beschwerden, Gegebenheiten, Unfälle, Operationen und einschneidende Erlebnisse ein. Achten Sie dabei auf die richtige zeitliche Reihenfolge. Ergänzen Sie jedes Ereignis mit der Jahreszahl oder Ihrem Alter. Dieser Teil der Befragung ist sehr wichtig – bitte machen Sie möglichst genaue Angaben.

5

0 Jahre (Geburt)



Heute



Praxis für klassische Homöopathie  
Silke Fischer  
Heilpraktikerin

Hohenzollernstraße 4  
87700 Memmingen  
Telefon 08331/9962878

Email: [sieben.fischer@online.de](mailto:sieben.fischer@online.de)  
WEB: [www.praxisfischer-mm.de](http://www.praxisfischer-mm.de)

# Praxis für klassische Homöopathie

## Familienanamnese

Nach Möglichkeit, bekannte und erwähnenswerte Krankheiten, Todesursache und Alter der Angehörigen. Auch dieser Teil ist wichtig und daher bestmöglich auszufüllen!

6

Urgroßeltern (Mutterseits)		Urgroßeltern (Vaterseits)	
Großvater (Mutterseite)	Großmutter (Mutterseite)	Großvater (Vaterseite)	Großmutter (Vaterseite)
Mutter, Geburtsdatum:		Vater, Geburtsdatum:	
Geschwister			
Alter:			



# Praxis für klassische Homöopathie

## Vereinbarung zur Kostenabrechnung



Zwischen

**Silke Fischer Heilpraktikerin**

Und

Frau / Herrn ..... (Patient)

Der/die vorgenannte Patient/in vereinbart mit der Heilpraktikerin nach erfolgter Aufklärung über die Bedeutung dieser Vereinbarung folgendes:

Alle Leistungen der Heilpraktikerin werden aufgrund der vorliegenden Vereinbarung abgerechnet entsprechend der ausgehändigten praxiseigenen Leistungsübersicht.

Abweichungen zum unverbindlichen, privaten „Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker“ (GebÜH) sind möglich. Der Patient wird informiert, dass Versicherte der gesetzlichen Krankenkassen für ihre Kosten selbst aufkommen müssen. Eine Erstattung der Vergütung durch andere Erstattungsstellen ist möglicherweise nicht in vollem Umfang gewährleistet.

Ort, Datum: .....

Unterschrift Patient: .....

Unterschrift Heilpraktikerin: .....



# Praxis für klassische Homöopathie

Hiermit erteile ich

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

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

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

meine **Einwilligung** in die Verarbeitung meiner Gesundheitsdaten im Zusammenhang mit meiner Behandlung in der Praxis für klassische Homöopathie Silke Fischer, Hohenzollernstraße 4; 87700 Memmingen

8

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:





# Praxis für klassische Homöopathie



Praxis für klassische Homöopathie  
Silke Fischer  
Heilpraktikerin

Hohenzollernstraße 4  
87700 Memmingen  
Telefon 08331/9962878

Email: [sieben.fischer@online.de](mailto:sieben.fischer@online.de)  
WEB: [www.praxisfischer-mm.de](http://www.praxisfischer-mm.de)