Christina Stark-Steffens Heilpraktikerin Bergstraße 79 23669 Timmendorfer Strand 04503 -7945091

Schmerz-Fragebogen

Herzlich Willkommen,
wir möchten Sie gerne optimal und zu Ihrer vollsten Zufriedenheit beraten und behandeln.
Um ganz gezielt auf Ihre individuellen Wünsche einzugehen, benötigen wir neben Ihren Personalien und der Datenschutzerklärung Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand.
Selbstverständlich behandeln wir Ihre Daten ganz vertraulich. Ihre Angaben dienen ausschließlich der Beratung und Behandlung Ihrer Beschwerden.
Wir weisen darauf hin, dass Sie Ihre Behandlungskosten grundsätzlich selbst tragen müssen und nur zum Teil von der privaten KV übernommen werden kann. Labor-, Behandlungs- und Kosten für Nährstoffpräparate und Infusionen werden gesondert berechnet.

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum, -Ort: _____

Straße, Hausnummer: _____

Postleitzahl, Ort: _____

Telefon privat: _____ Mobil: _____

Beruf: _____

Versicherung: gesetzlich privat Heilpraktiker Zusatzversicherung
(nichtzutreffendes bitte streichen)

Aktuelle Beschwerden: _____

_____

Seit wann bestehen die aktuellen Beschwerden: _____

www.mitomedical.de
praxis@mitomedical.de

Das Beste. Sonst nichts.

Christina Stark-Steffens Heilpraktikerin Bergstraße 79 23669 Timmendorfer Strand 04503 -7945091

Sind Sie deswegen in (Fach-) ärztlicher Behandlung: Wenn ja, wo:

Bestehen Allergien? Wenn ja, welche:

Hatten Sie vor kurzem eine Operation, Herzinfarkt oder Schlaganfall?

Nehmen Sie Blutverdünner?

Unter welchen chronischen Beschwerden (inkl. Autoimmunkrankheiten) leiden Sie und seit wann?

Sind Sie deswegen in (Fach-) ärztlicher Behandlung: Wenn ja, wo:

Welche Medikamente (inkl. Immunsuppressiva) oder Nährstoffpräparate nehmen Sie zurzeit ein?
Name, Dosierung:

Sind Ihnen Nahrungsmittelunverträglichkeiten / -Allergien bekannt?

Wenn ja, welche:

Haben Sie Magen und / oder Verdauungsbeschwerden? (z. B. häufig Verstopfung oder Durchfall, wie häufig Stuhlgang, Blähungen, Völlegefühl, Sodbrennen, Magenprobleme, Herzrasen nach dem Essen, Hämorrhoiden, etc.

Leiden Sie häufig unter Erkältungskrankheiten?

www.mitomedical.de
praxis@mitomedical.de

Das Beste. Sonst nichts.

Christina Stark-Steffens Heilpraktikerin Bergstraße 79 23669 Timmendorfer Strand 04503 -7945091

Haben Sie in der Vergangenheit Antibiotika ein genommen?
Wenn ja, welche, wann zuletzt?

Wann wurden Sie das letzte Mal geimpft und wogegen?

Trinken Sie regelmäßig Alkohol? Wenn ja, wann und wieviel?

Rauchen Sie? Wenn ja, wieviel?

Sind Sie bereit mit unserer Hilfe Ihre Ernährung umzustellen? ☐ Ja ☐ Nein

☐ Ich komme zur Akutbehandlung ☐ Ich bin chronisch krank und möchte ursächlich behandelt werden

Was ist ihr Behandlungsziel?

In welchem Zeitraum möchten Sie beschwerdefrei sein?

☐ Ich bestätige alle Angaben richtig gemacht zu haben und erkläre mich einverstanden, die Kosten der Behandlung selbst zu tragen.

Ich bin ☐ privat versichert ☐ gesetzlich / Selbstzahler ☐ Heilpraktiker-Zusatzversicherung

Zahlungswunsch:

☐ Kartenzahlung ☐ Bar ☐ Rechnung (Abrechnungsstelle zzgl. 3,5 % Gebühren)

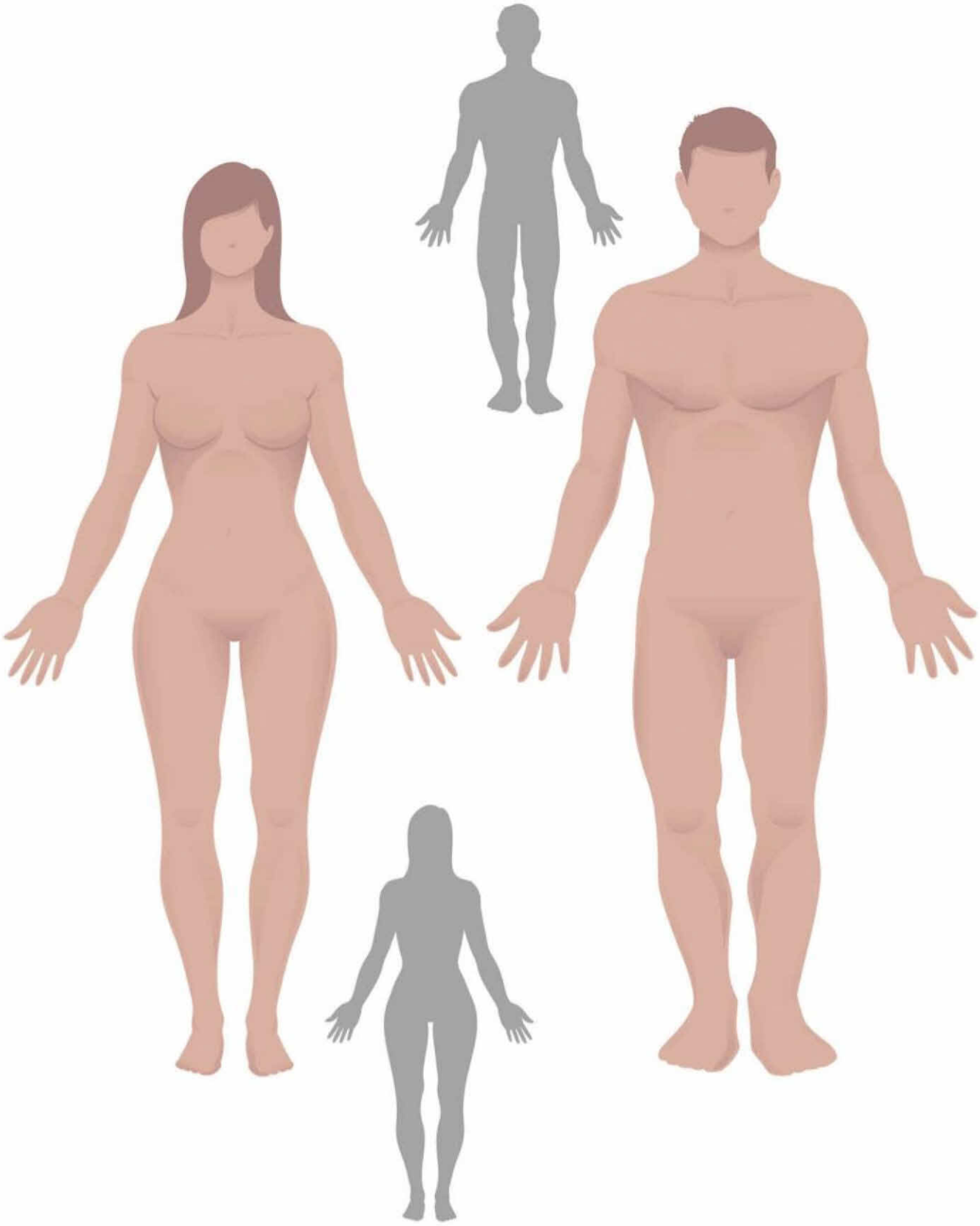
Sollten Sie Ihren Termin nicht wahrnehmen können, sagen Sie bitte Ihren Termin 48 Std. vorher ab.
Nicht rechtzeitig abgesagte Termin werden mit 50% und Terminversäumnisse mit 100% des angedachten Behandlungspreises berechnet.
Vielen Dank für Ihr Verständnis.

Ort, Datum Unterschrift

www.mitomedical.de
praxis@mitomedical.de

Akute Beschwerden

An welche Körperstellen haben Sie akute Beschwerden?
Einfach intuitiv markieren.



Christina Stark-Steffens Heilpraktikerin Bergstraße 79
23669 Timmendorfer Strand Fon: 04503-7945091 praxis@mitomedical.de

Datenschutzerklärung

1.Wer ist für die Datenverarbeitung verantwortlich und an wen kann ich mich wenden?

MitoMedical Center, Christina Stark-Steffens, Heilpraktikerin
Bergstraße 79, 23669 Timmendorfer Strand

---

2. Welche Daten werden genutzt?

Wir erheben und speichern ausschließlich Daten, die für Behandlung und Abrechnung notwendig sind.

Dazu gehören:

- Adressdaten (Name, Adresse / andere Kontaktdaten (Telefon, E-Mail-Adresse) Geburtsdatum / - ort, Geschlecht, Staatsangehörigkeit
- Bankverbindung
- Informationen über Ihren Gesundheitszustand, wie z.B. Informationen aus Untersuchungen, Anamnesegesprächen, Laborergebnisseen

3. Zu welchem Zweck werden die Daten verarbeitet?

- Therapeutische Behandlung, Rechnungsstellung, ggf. Mahnverfahren

4. Wer bekommt Ihre Daten?

Wir geben Ihr Daten ausschließlich an die nachfolgend genannten Dritten weiter, es sei denn, wir sind gesetzlich dazu verpflichtet:

Labore und angeschlossene Partnerlabore, Abrechnungsstellen, Steuerberater,
Anwalt, Inkassounternehmen, ggf. Schufa, ggf. Vertriebspartner und Apotheken, Anbieter für Kartenzahlung.

5. Übermittlung der Daten an ein Drittland

Wir übermitteln Ihre Daten ohne Ihre weitere Zustimmung nicht ins Ausland

6. Wie lange werden Ihre Daten gespeichert?

Wir speichern Ihre Daten so lange, wie es unsere gesetzlichen Pflichten erfordern. Daten, die sich aus der Behandlung ergeben, speichern wir im Rahmen des Patientenrechtegesetzes 10 Jahre.
Rechnungen halten wir nach geltendem Steuerrecht ebenfalls 10 Jahre vor. Sind die Daten für die Erfüllung vertraglicher oder gesetzlicher Pflichten nicht mehr erforderlich, werden diese regelmäßig gelöscht

7. Welche Datenschutzrechte und Widerrufrechte bestehen für Sie?

Jede betroffene Person hat das Recht auf Auskunft nach Artikel 15 DSGVO, das Recht auf Berichtigung nach Artikel 16 DSGVO, das Recht auf Löschung nach Artikel 17 DSGVO, das Recht auf Einschränkung der Verarbeitung nach Artikel 18 DSGVO, das Recht auf Widerspruch aus Artikel 21 DSGVO sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit aus Artikel 20 DSGVO. Darüber hinaus besteht ein Beschwerderecht bei einer Datenschutzaufsichtsbehörde (Artikel 77 DSGVO i.V.m. §19 BDSG).

Eine erteilte Einwilligung in die Verarbeitung personenbezogener Daten können Sie jederzeit uns gegenüber widerrufen. Dies gilt auch für den Widerruf von Einwilligungserklärungen, die vor der Geltung der EU-Datenschutz-Grundverordnung, also vor dem 25. Mai 2018, uns gegenüber erteilt worden sind. Bitte beachten Sie, dass der Widerruf erst für die Zukunft wirkt. Verarbeitungen, die vor dem Widerruf erfolgt sind, sind davon nicht betroffen.

8. Bereitstellung Ihrer Daten

Mit Ihrer Unterschrift verpflichten Sie sich, die zu Ihrer Behandlung und Abrechnung benötigten Daten bereitzustellen. Ohne diese Daten werden wir in der Regel den Abschluss des Vertrages / der Behandlung oder die Ausführung des Auftrages / der Behandlung ablehnen müssen oder einen bestehenden Vertrag nicht mehr durchführen können und ggf. beenden müssen.

9. Automatisierte Entscheidungsfindung und Profiling

Wir nutzen keine automatisierte Entscheidungsfindung und Profiling.

Christina Stark-Steffens Heilpraktikerin Bergstraße 79
23669 Timmendorfer Strand fon: 04503-7945091 praxis@mitomedical.de

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/des datenschutzrechtlich verantwortlichen Heilpraktikerin/Heilpraktikers:

MitoMedical Center, Christina Stark-Steffens, Heilpraktikerin
Bergstraße 79, 23669 Timmendorfer Strand

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:

MitoMedical Center, Christina Stark-Steffens, Heilpraktikerin
Bergstraße 79, 23669 Timmendorfer Strand

www.mitomedical.de
praxis@mitomedical.de