

**Anamnesebogen Hausarztsprechstunde:**

Sehr geehrte Patientinnen & sehr geehrte Patienten,

wie freuen uns über Ihren Besuch in unserer Praxis und bitten Sie den Anamnesebogen vollständig auszufüllen.

Name, Vorname:

Krankenkasse:

Geburtsdatum:

Alter:

Körpergröße/ Gewicht:

Familienstand:

Kinder:

Beruf:

Adresse/Straße/Hausnr./PLZ/Ort:

Rechnungsadresse, falls abweichend:

Telefon:

E-Mail:

Schwerbehinderung/ Grad der Behinderung:

Pflegegrad:

Bei Kindern, Name der Eltern und der Sorgeberechtigten:

---

Notfallkontakte:

Hiermit entbinde ich meine behandelnden Ärzte der Heidelberger Ganzheitsmedizin von Ihrer ärztlichen Schweigepflicht aufgrund einer akuten/ oder chronischen Erkrankung gegenüber unten genannten Personen und bitte diese zu informieren:

1. Name/Anschrift/Telefon/Verwandtschaftsverhältnis:

2. Name/Anschrift/ Telefon/ Verwandtschaftsverhältnis:

---

Aktuelle Medikation/ Ihren Medikationsplan können Sie gerne bei uns kopieren lassen:

Vorerkrankungen:

Operationen:

Allergien:

Nikotin (Menge):

Alkohol (Menge):

Aktuelle Beschwerden:

## **Einverständniserklärung zur Erhebung/Übermittlung von Patientendaten**

### **gem. § 73 Abs. 1 b SGB V**

Ich \_\_\_\_\_

(Vorname, Name, Wohnort, Geburtsdatum)

erkläre mich einverstanden, dass

- mein Hausarzt mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzten und Leistungserbringern zum Zwecke der Dokumentation und weiteren Behandlung anfordert.
- mein Hausarzt mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde an mich behandelnde andere Ärzte und Leistungserbringer übermittelt.

Sollte ich den Hausarzt wechseln bin ich damit einverstanden, dass mein bisheriger Hausarzt meinem neuen Hausarzt die über mich gespeicherten Unterlagen übermittelt bzw. mein neuer Hausarzt diese Unterlagen bei einem bisherigen Hausarzt anfordert.

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum) (Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters)

### **Ausfallhonorar bei verpasstem Arzt-/ Praxistermin**

Können Sie Ihren Termin nicht einhalten, sagen Sie diesen bitte 48 Stunden vorher per E-Mail, Fax oder Telefon ab.

Sollten Sie Ihre Termine nicht rechtzeitig absagen, erlauben wir uns, Ihnen die Kosten für den Behandlungsfall nach § 616 BGGB pauschal mit unten genannten Kosten privat in Rechnung zu stellen.

	Ausfallgebühr in Euro
1. Verpasster Arzttermin 15Min (normale Sprechstunde)	20
2. Verpasster Arzttermin 30-60Min	50
3. Bioresonanztest Neu	80
4. Bioresonanztest Kontrolle	50
5. Oberondiagnostik	80
6. Vitalfeldmessung/ Global Diagnostic	50
7. Infusionstermin kurz	20
8. Infusionstermin lang	40
9. Andere Therapien/Termine	20

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum) (Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters)