

# Anmeldebogen Baby/ Kind



## Persönliche Daten

|                          |  |
|--------------------------|--|
| Name, Vorname            |  |
| Geburtsdatum             |  |
| Straße                   |  |
| PLZ Ort                  |  |
| Telefon Sorgeberechtigte |  |
| Email Sorgeberechtigte   |  |
|                          |  |
| Größe in cm              |  |
| Gewicht in kg            |  |
| Versicherung             | <input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> Beihilfe <input type="checkbox"/> gesetzlich versichert <input type="checkbox"/> Heilpraktiker-ZusatzVS<br>Name der Versicherung: |

## Anamnese

|   |  |
|---|--|
| Hauptgrund des Besuches   |  |
| Vorbehandlungen (Arzt, Physio, Heilpraktiker,...) und Medikamente |  |
| Frühere Erkrankungen, Unfälle und Operationen                     |  |

|   |  |
|---|--|
| Ablauf Schwangerschaft<br>(Anzahl, Alter der Mutter<br>bei der Geburt,<br>Spontanschwangerschaft/<br>In-vitro-Fertilisation (IVF,<br>ICSI), Medikamente<br>während der<br>Schwangerschaft, extreme<br>Stressphasen /<br>psychoemotionale<br>Belastungen während der<br>Schwangerschaft,<br>Gewichtszunahme,<br>Entbindung in wievielter<br>Woche) |  |
| Ablauf Geburt<br>(spontan, eingeleitet,<br>Kaiserschnitt, PDA, Lage<br>des Kindes, Hilfsmittel)   |  |
| Geburtsgewicht, Größe,<br>Apgar   |  |
| Ernährung   |  |
| Welche Erkrankungen sind in Ihrer Familie bekannt? (Nur Eltern und Geschwister)<br>z.B. Herzkrankheiten, Gefäßkrankheiten, Asthma, Diabetes, Rheuma, Allergien, Schuppenflechte,<br>Neurodermitis, Gendefekte, neurologische Erkrankungen, chronische Wirbelsäulenerkrankung,<br>Hüftgelenksbeschwerden usw.                                      |  |
| Möchten sie weitere<br>Angaben machen, die<br>bisher nicht abgefragt<br>wurden?   |  |

Ich habe die Fragen zur Vorgeschichte vollständig gelesen und nach bestem Wissen beantwortet.  
Teilen Sie mir wesentliche Änderungen des Gesundheitszustandes bei Folgeterminen bitte  
unbedingt mit.

Bitte bringen Sie alle Arztbriefe, Befunde, Röntgenbilder, weitere Aufnahmen (MRT/CT) zum  
Termin mit.

Datum: \_\_\_\_\_

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

Unterschrift Sorgeberechtigte \_\_\_\_\_

# Datenschutz

Hiermit informiere ich Sie über die Verarbeitung Ihrer Daten in meiner Praxis.

1. Verantwortlicher für die Datenverarbeitung Verantwortlich für die Datenverarbeitung und Datenschutzbeauftragter ist: Dr. med. vet. Stefanie Arnold-Gniza

2. Zweck der Datenverarbeitung Damit ich Sie behandeln kann, muss ich eine Patientenakte anlegen und damit personenbezogene Daten (Stammdaten und Gesundheitsdaten) von Ihnen verarbeiten. Das schreibt nicht nur das Gesetz vor, sondern es ist für die Behandlungsqualität unabdingbar. Zu den vom Gesetz besonders geschützten Gesundheitsdaten gehören beispielsweise erhobene Befunde, Anamnesen, Diagnosen und Therapievorschlüsse. Die verwendete *Praxissoftware Lemniscus* verarbeitet folgendes: DATENVERARBEITUNG DURCH DEN AUFTRAGNEHMER a) Der Auftragnehmer verarbeitet die Daten ausschließlich im Rahmen des Hauptvertrags zur Nutzung der unter <http://my.lemniscus.de> angebotenen Dienste. Er verwendet die Daten ausschließlich für den Zweck zur Erbringungen der Leistungen (Auflistung der Dienste und Subunternehmer in Anlage 3) und in Übereinstimmung mit den dokumentierten Weisungen des Auftraggebers. Dies gilt auch in Bezug auf die Übermittlung personenbezogener Daten an ein Drittland oder eine internationale Organisation, sofern nicht das Recht der Union oder der Mitgliedsstaaten, dem der Auftragsnehmer unterliegt (Bundesrepublik Deutschland), hierzu verpflichtet ist; in einem solchen Fall teilt der Auftragnehmer dem Auftraggeber diese rechtlichen Anforderungen vor der Verarbeitung mit, Seite 3 von 21 sofern das betreffende Recht eine solche Mitteilung nicht wegen eines wichtigen öffentlichen Interesses verbietet. Der Auftragnehmer wird die ihm überlassenen Daten nicht unbefugt an Dritte weiterzugeben. Kopien und Duplikate bedürfen der vorherigen Zustimmung des Auftraggebers. Hiervon ausgenommen sind Sicherungskopien zur Einhaltung einer ordnungsgemäßen Datenverarbeitung sowie Kopien, für die nach dem Unionsrecht oder dem Recht der Mitgliedstaaten eine Verpflichtung zur Speicherung besteht, z.B. zur Einhaltung gesetzlicher Aufbewahrungspflichten. b) Die Verarbeitung sowie der Zugriff auf personenbezogene Daten durch den Auftragnehmer darf nur in bzw. aus der EU/EWR heraus stattfinden.

Das *Programm zur Abrechnung* verarbeitet folgendes:

Personenbezogene Daten: Wenn Sie Endkunde sind, verarbeiten wir die personenbezogenen Daten, die bei der Bezahlung mit Karte oder auf Rechnung oder durch die Verwendung einer sonstigen von iZettle von Zeit zu Zeit angebotenen sonstigen Zahlungsmethode, einschließlich von Dritten bereitgestellter alternativer Zahlungslösungen, angefallen sind.

Zahlungsabwicklung: Wir verarbeiten personenbezogene Daten, damit wir den Zahlungsvorgang verarbeiten und eine sichere Transaktion durchführen können, auch für Zwecke des Risikomanagements sowie zur Verhinderung von Betrug und anderen strafbaren Handlungen.

Ich übermittle Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben.

3. Empfänger Ihrer Daten Im Rahmen der Behandlung kann es sein, dass ich mit Ärzten, Heilpraktikern und sonstigen Leistungserbringern zusammenarbeite, an die ich auch Daten von Ihnen übermitteln muss. Im Einzelfall übermittle ich die Daten – mit Ihrem Einverständnis – an weitere berechtigte Empfänger.

4. Speicherung der Daten Die die Behandlung betreffenden Untersuchungs- und Behandlungsdaten und Befunde werden im Rahmen der gesetzlich vorgegebenen Aufbewahrungsfrist (maximal 10 Jahre) gespeichert.

5. Ihre Rechte Die gesetzlichen Regelungen räumen Ihnen einige Rechte ein. So steht Ihnen das Recht zu Auskunft über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten zu erhalten, unrichtige Daten berichtigen zu lassen, unter bestimmten Voraussetzungen die Löschung oder Einschränkung der Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten zu verlangen, Widerspruch gegen die Verarbeitung Ihrer Daten einzulegen, Ihre Daten an andere von Ihnen bestimmte Stellen übertragen zu lassen. Dazu ist eine gesonderte Einwilligung erforderlich.

Soweit Sie in die Übermittlung und weitere Verarbeitung Ihrer Daten an mit- /weiterbehandelnde Ärzte/Psychotherapeuten/Heilpraktiker eingewilligt haben, haben Sie das Recht, die Einwilligung für die zukünftige Verarbeitung zu widerrufen.

Ich weise darauf hin, dass bei Widerspruch gegen die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten gegebenenfalls eine weitere Behandlung nicht mehr möglich ist.

Zuständige Aufsichtsbehörde: Landesbeauftragter für Datenschutz BW, Königstraße 10A, 70713 Stuttgart

6. Rechtliche Grundlagen Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist Artikel 9 Abs. 2 DSGVO in Verbindung mit §22 Absatz 1 Nr. 1 Bundesdatenschutzgesetz.

Eine Kopie dieses Hinweises habe ich erhalten.

# Behandlungsvertrag

1. Osteopathie Die Behandlung beinhaltet osteopathische Untersuchungen und Behandlungen. Die Abrechnung der osteopathischen Leistungen erfolgt nach Gebührenordnung für Heilpraktiker GebüH. Die Behandlungskosten sind nach der Behandlung in bar oder per EC-Kartenzahlung zu entrichten. Der Patient wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass die Leistungen je nach Versicherung anteilig bzw. auch gar nicht erstattet werden können. Bitte informieren Sie sich vor Behandlungsbeginn, ob die Leistung von Ihrer Versicherung (anteilig) übernommen wird. Der Anspruch des Therapeuten ist unabhängig von der Erstattung durch Dritte und vom Behandlungserfolg.

2. Bestellpraxis Bei den vergebenen Terminen handelt es sich um Exklusivtermine, die kurzfristig nicht an andere Patienten vergeben werden können. Unentschuldigte nicht wahrgenommene Termine oder nicht rechtzeitige Absage (24 Stunden vorher) werden in voller Höhe privat in Rechnung gestellt. Bei verspätetem Erscheinen zu einem Termin kann die volle Behandlungsdauer nicht garantiert werden. Es werden die vollen Behandlungskosten in Rechnung gestellt.

3. Änderung persönlicher Angaben Bitte informieren Sie mich rechtzeitig über Änderungen der Adresse, Wechsel der Versicherung und andere für die Abrechnung und die Behandlung wichtige Daten.

4. Ausstellung von Rechnungen Nach der Behandlung erfolgt der Versand von Quittungen/ Belegen und Rechnungen per Mail

Mit meiner Unterschrift erkenne ich

- den Behandlungsvertrag
- die Datenschutzerklärung an.

---

Datum und Unterschrift Sorgeberechtigte