

## Patientenfragebogen:

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

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

Straße: \_\_\_\_\_

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

Ort: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_

Geb. Datum: \_\_\_\_\_

Familienstand: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

Zahlungsweise: **Selbstzahler / Versichert**

Infektionskrankheiten aktuell: **HIV, Hepatitis o.ä.**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**sonst keine ( ).**

**Allergien und Unverträglichkeiten:**

---

---

**Unfälle der letzten zwei Jahre:**

---

---

---

**Wichtige Vorerkrankungen:**

- Osteoporose ( )
- Diabetes ( )
- Rheuma ( )
- Arthrose ( )
- Bluter ( )
- Sonstiges:

---

---

Derzeitige Medikamentierung:

---

---

---

---

---

Grund des Besuchs:

---

---

---

---

---

---

Wenn Schmerzen, dann im Bereich einer Skala zwischen 1 -10:

**1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10**

Ziel der Therapie, wie mit der Naturheilpraxis Rasch besprochen:

---

---

---

---

Meine Daten, die bei der Naturheilpraxis Rasch hinterlegt sind, werden zum Zwecke der Führung einer Patientenkartei **auf einem lokalen Rechner** hinterlegt und nach spätestens 10 Jahren automatisch gelöscht.

Ich bin hiermit darüber in Kenntnis gesetzt worden, dass ich natürlich jederzeit eine Löschung meiner Daten bei der Naturheilpraxis Rasch veranlassen kann.

Hierfür genügt ein einfacher Anruf.

Sollte ich eine Rechnung über die Leistungen der Naturheilpraxis Rasch bekommen haben, welche über die Abrechnungsstelle Soliprax eingefordert wurden, so wurde ich hiermit darüber in Kenntnis gesetzt, dass ich mich wegen dem Verbleib meiner Daten mit Soliprax auseinandersetzen muss.

**Prinzipiell gilt:** weder die Naturheilpraxis Rasch, noch die Abrechnungsstelle

Soliprax geben meine Daten an Dritte weiter!

HP Ingo Rasch klärt mich hiermit darüber auf, dass in seiner Praxis auch invasive Therapien, wie Akupunktur, Injektionen und Infusionen zum Einsatz kommen können, über deren Gefahren mich der Heilpraktiker jeweils einzeln mündlich aufklärt und deren Anwendung ich jederzeit auch ohne Nennung von Gründen ablehnen kann!

Dies gilt auch für alle Arten der Chirotherapie!

Ich bestätige mit meiner Unterschrift die Kenntnisnahme des o.g. und versichere die Vollständigkeit meiner o.g. Angaben.

Ort, Datum

Unterschrift:

---

---