

Internationale Praxis für ganzheitliche Medizin

Dr. med. Rainer Didier

Facharzt für Allgemein Medizin

**Klassische Homöopathie, Neuraltherapie, Naturheilverfahren, Hormontherapie -bioidentisch
Ernährungsmedizin, Mikro- und Nährstoffmedizin, Coimbra-Protokoll
medizinische und psychotherapeutische Hypnose,
Umweltmedizin und ergänzende Zahnmedizin**

32130 Enger, Nordhofstr. 173

Tel. : 05224-994677

www.ganzheitlicheMedizin.de

Praxis-WhatsApp: 0171-22 66666

praxis@ganzheitlicheMedizin.de

Möchten Sie täglich wichtige Informationen und News zu den Themen der Gesundheit und Ernährung bekommen würden wir uns über ein „Like/gefällt mir“ auf den von uns moderierten Seiten freuen:

Facebook: www.facebook.com/dieGanzheitlicheMedizin.de

Sehr geehrter Patient, um Ihnen eine ganzheitliche individuelle Medizin anbieten zu können, wäre es schön, Sie würden so viel Fragen wie möglich beantworten.

Sollten Sie irgendwelche persönliche Angaben nicht schriftlich machen wollen, so ist Ihnen dies natürlich freigestellt.

Ihre Antworten werden gemäß der ärztlichen Schweigepflicht absolut vertraulich behandelt.

Bringen Sie bitte für unsere medizinische Akte alle medizinischen Befunde/Berichte der Vergangenheit als Kopie zum Verbleib mit.

(Arztberichte, Krankenhaus- Entlassungsberichte, Blut- und Laborbefunde etc.sofern vorhanden; ggf. bitte bei den entsprechenden Praxen oder Krankenhäusern anfordern),

Kommen Sie mindestens 20 Minuten vor Ihrem ersten Termin in die Praxis. !!!!!!!!!!!!!!!

Wenn möglich erstellen Sie auch eine Aufstellung aller in der Vergangenheit eingenommenen Medikamente/ Nahrungsergänzungsmittel/ homöopathischen Mittel.

Dr. med. Didier benötigt in den meisten Fällen eine Übersichtsaufnahme ihrer Zähne (OPG) oder sonst auch andere Zahnaufnahmen. Bringen Sie bitte möglichst schon zum ersten Termin alle vorhandenen Aufnahmen Ihrer Zähne mit, die sie beim Zahnarzt anfordern können, oder von Ihm auch direkt an unsere Praxis schicken lassen können.

WARUM ALL DIESE FRAGEN ?

Sie kommen in unsere Praxis weil Sie Beschwerden/ Symptome haben, weil Sie krank sind. Dieser Zustand ist vergleichbar mit einem mit Wasser gefüllten Fass, welches zeitweise oder ständig überläuft. Um alle in Frage kommenden Elemente/Faktoren zu erkennen (Ernährung, Psyche, emotionale Faktoren, Unfälle, Verletzungen, Impfungen, Vergiftungen, Medikamente, familiäre Veranlagung, Zahnbehandlungen, Umweltfaktoren), die sich im Laufe der Zeit in diesem Fass angesammelt haben, ist eine ausführliche Anamnese äußerst wichtig. So ist es dann möglich, ganzheitlich auf diese verschiedenen Ebenen einzuwirken um den „Wasserpegel“ in dem Fass zu senken, so dass es nicht mehr überläuft -> Sie keine oder weniger Beschwerden und Symptome haben.

Sollten sie den Fragebogen mit dem PC ausfüllen, benutzen Sie bitte eine andere Farbe für Ihre Antworten, damit sich diese deutlich von den Fragen abheben.

Zur Info: Auch Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen können sie bei uns bekommen, wenn sie krank sind.

Wie war die eigene Geburt?
Wann kamen die ersten Zähne?

Milchschorf?

Wann fing das Sprechen an?

Wann fing das Laufen an?

Psyche:

Was glauben SIE, warum Sie diese Krankheit/ Symptome bekommen haben:

Welchen SINN könnte Ihre Erkrankung für SIE haben??

Was können SIE in Ihrem Leben jetzt ändern um gesund zu werden? Eine Änderung ist sehr wahrscheinlich notwendig, denn Ihr bisheriges Leben hat ja letztendlich dazu geführt dass Sie krank wurden, bzw. nicht gesund bleiben konnten.

Wollen Sie wirklich aus tiefster innerster Überzeugung gesund werden?

Sind Sie spirituell/ gläubig?

Glauben Sie an ein Leben nach dem Tod?

Antriebslosigkeit?

Weinen Sie schnell? Sind Sie nah am Wasser gebaut?

Depressionen?.....Unruhe?.....

Konzentrationsprobleme?..... Gedächtnisstörungen?.....

Selbstwertgefühl?

Ordentlich, pedantisch?

Ängste (Höhenangst, Gewitter, Dunkelheit, Tiere (Hunde, Spinnen, Schlangen,..., Tunnel, Fahrstuhl, Einbrecher, fremde Menschen, Zukunft, Examen, Gesundheit, um Kinder, um Familie, um Eltern, Horrorfilme.....?)

Gibt es Tiere die Sie besonders mögen oder gegen die Sie eine Abneigung haben.

Können Sie gut allein sein?

Ihr äußeres Erscheinungsbild ist Ihnen: sehr wichtig—wichtig—weniger wichtig—egal

Was war für Sie das am tiefsten gehende emotionale Erlebnis/Verletzung in Ihrem bisherigen Leben?

Welche Musik mögen Sie besonders? Welche Musik berührt Sie emotional?

Welche Berufsausbildung haben Sie?

Was machen Sie im Alltag?

Arbeitsplatzbeschreibung:

Belastende Probleme am Arbeitsplatz?

Belastende Probleme in der Beziehung / Partnerschaft / Partnersuche?

Belastende Probleme mit der Familie?

Belastende Probleme mit Freunden?

Hobbys:

Immunsystem:

Wie oft haben Sie Infekte? _____ Wie oft?

Allergien? _____ -- Pollenallergie (Bäume, Gräser,...) _____

-- Hausstaub _____ -- Nahrungsmittel _____

-- Tiere _____ -- Medikamente _____

-- sonstige.....

Zeckenbisse?

Borreliose?

Nickelallergie?

Aspirin wird: gut vertragen? – nicht vertragen?

Wann hatten Sie das letzte Mal Fieber? _____ Wie oft pro Jahr?

Haut:

Ausschlag? _____ Neurodermitis? _____ Milchschorf? _____

Akne? _____ Herpes? _____ Warzen? _____ Nasenbluten?

Risse zwischen den Zehen? _____ Risse Fingerspitzen? _____

Risse Mundwinkel? _____ Risse Nase? _____

Hornhaut übermäßig? _____ Schnell blaue Flecken? _____

Trockene Haut? _____ Schuppen? _____

Vertragen Sie Schafswolle auf der Haut? _____

Vertragen Sie Modeschmuck? _____ Fettige Haut? _____

Fettige Haare? _____ Trockene Haare? _____ Graue Haare ab _____ (Alter)

Muttermale? _____ Leberflecken?

Wie oft waren Sie in Ihrem Leben im Solarium?
Tätowierungen? (enthalten oft giftige Phthalate) _____ Wo? _____ Wann gestochen?
Piercings? _____ Wo? _____ Wann gestochen?
Benutzen Sie Deo Spray? _____ Welches Spray?
Benutzen Sie Parfüms? (enthalten oft giftige Phthalate)

Nägel:

Brechen, brüchig? _____ Flecken? _____
Fußnageloperationen? _____
Einwachsende Nägel?
Nagelpilz? _____ --Wo? _____ --Wie viel? _____
Hautfetzen am Nagelrand? _____ Kauen Sie an den Finger / Fußnägeln?

Haare

Ausfall? _____ --Diffus _____ --Regional _____ --Lokalisation
Brüchige Haare? _____ Benutzen Sie Haarspray? _____

Ohren

Tinnitus, Ohrgeräusche? _____ Hörfähigkeit eingeschränkt? _____
Ohrenschmerzen? _____ Knacken? _____ Viel Ohrschmalz? _____
Juckreiz? _____ Schwindel? _____ Risse hinter den Ohren? _____
Wann wurden die Ohrlöcher gestochen? _____ Entzündete Ohrlöcher? _____
Kosmetische Operation am Ohr?

Kopfschmerzen

Migräne? _____ --Wie oft pro Monat? _____ --Mit Erbrechen? _____
--Mit Sehstörungen? _____ --Mit Übelkeit? _____ --Mit Durchfall? _____
--Mit anderen neurologischen Störungen? _____
Kopfschmerzen? _____ --Wie oft pro Woche? _____
Ist Sonne auf dem Kopf ein Problem?

Nase

Nasennebenhöhlenprobleme? _____ Schnarchen? _____
Niesen? _____ Niesen in der Sonne? _____ Schleim? _____ Krusten? _____
Wie ist Ihre Luftfeuchtigkeit in Prozent?
--Ihren Wohnräumen?
--An Ihrem Arbeitsplatz?
--Wie viel Stunden fahren Sie Auto, pro Tag?
Gibt es Schimmelstellen im Haus oder Keller?
Kosmetische Operation an der Nase? _____
Nasennuschel/ Scheidewand Operationen? _____
Nasenbluten? _____ Wie oft? _____ Spontan? _____ Bei schnäuzen?

Augen

Trockene Augen? _____ Tränen? _____ Juckreiz? _____
Rötungen? _____ Schwellungen? _____
Sehstörungen?
Nachtblindheit?Probleme in der Dunkelheit?
Lichtempfindlichkeit?
Grauer Star? _____ Grüner Star? _____
Letzte Augendruck Untersuchung? _____
Letzte Augenhintergrund Untersuchung?
Kontaktlinsen? _____ Seit wann? _____
Augenoperationen? _____ Kosmetische Operationen? _____
Seit wann haben Sie eine Brille?
- wann wurde das Gestell/ die Sehstärke das letzte Mal geändert?

Mund/ Rachen

Lippenbändchen als Kind operiert/geschnitten? Wann?
Herpes an den Lippen?
Rachenmandeln = Adenoid = „Polypen“ : noch vorhanden? _____ / wann entfernt? _____
Gaumenmandeln = „Mandeln“ noch vorhanden? _____ / Wenn nicht wann entfernt? _____
Weisheitszähne noch vorhanden? _____ Wenn nicht wann entfernt? _____ War die Heilungsphase nach der Weisheitszahnentfernung problematisch?.....
Gab es längere Entzündungen nach z.B. Zahnentfernungen?
Gibt es Zähne, die sie ab und zu merken/fühlen/die schmerzen? --Wenn ja welche?
Tote Zähne? _____ Seit wann? _____ Welche? _____
Wurzelspitzenresektionen? _____ Wann? _____ Welche? _____
Wurzelfüllungen? _____ Wann? _____ Welche? _____
Entzündungen an Wurzel? _____ Wann? _____ Welche? _____
Wann war die letzte Röntgenuntersuchung der Zähne: _____ (Übersichtsaufnahme, OPG, DVT, Einzelzahnaufnahme?) **BITTE Aufnahme mitbringen bzw. erstellen lassen !!!**
Entzündungen Zahnfleisch? _____ Apathen? _____ Wie oft?
Zahnfleisch – empfindliche Stellen? _____ Zahnfleischbluten? _____ Wie oft?

Zahnversiegelungen? _____ wenn ja seit wann ?
 Metalle:
 --Amalgam? _____ --Gold? _____ --Palladium? _____ --Titan?
 --Kunststoffe? _____ --Keramik? _____ --Implantate?
 Mundgeruch? _____ Wie oft?
 Mundstrom, komisches Gefühl, wenn Sie z.B. Löffel/ Aluminiumdeckel ablecken?
 Zungen Belag?
 Komischer Geschmack im Mund?
 -- Schmeckt nach nichts, oft sauer, oft bitter, oft faulig, oft blutig?
 Zahnspangen (von wann bis wann)?Aufbiss Schiene?Seit wann?
 Zahnröhre – Retainer ? (von wann bis wann)?
 Zähneknirschen? _____ Zahnstein? _____ Kiefergelenk knacken? _____
 Kiefergelenksknacken?
 Welche Zahnpasta nutzen Sie?
 Benutzen Sie Mundwasser?
 Professionelle Zahnreinigung: Wie oft im Jahr?.....Wann war der letzte Termin?
Name, Adresse und Tel. Ihres Zahnarztes:

Schilddrüse:

Vergrößerung? _____ Entzündung? _____ Zysten?
 Knoten? _____ Antikörper? _____ Autoimmunerkrankungen?
 Können sie eng anliegende Kleidung am Hals ertragen?

Brustkorb:

Husten? _____ Wie oft? Heiserkeit? _____ Wie oft?
 Asthma?Wie oft?
 --Allergisch?
 --Belastungs- Asthma?
 Schmerzen? _____ --beim Atmen? _____ --bei Anstrengung? _____
 --nach dem Essen? _____ --nach dem Ärger oder Zorn? _____

Herz / Kreislauf:

Blutdruck?Wann war die letzte Messung? Puls? _____
 Herzklopfen? _____ Wie oft?
 Herzrasen? _____ Wie oft?
 Herzstiche? _____ Wie oft?

Ernährung:

Wie groß sind sie? _____ Wie viel wiegen Sie?
 Gewicht: gleichbleibend starke Zunahme starke Abnahme (Wie viel kg? In welcher Zeit?)
 BMI? _____ Fettmasse?
 Haben Sie schon mal gefastet? _____ Wann?
 Können Sie sich vorstellen in Zukunft mal zu fasten?

Wie sieht Ihr typisches Frühstück aus? Was essen und trinken Sie und zu welcher Uhrzeit?

Wie sieht Ihr typisches Mittagessen aus? Was essen und trinken Sie und zu welcher Uhrzeit?

Wie sieht Ihr typisches Abendessen aus? Was essen und trinken Sie und zu welcher Uhrzeit?

Welche Zwischenmahlzeiten gibt es. Was essen und trinken sie dann?

Wann essen und trinken Sie das letzte Mal am Tag und was essen/trinken Sie dann?

Vegetarisch? _____ Vegan? _____ Paleo? _____ Seit wann?
 Wie oft See-Fisch (auch Lachs auf Brot/ Matjes/ Hering)?
 Pro Woche: _____ (wichtig für Jod, Omega 3 Versorgung)
 Wie oft frittierte oder panierte Speisen? Pro Woche: _____
 Wie viel Eier pro Woche? _____ Wie oft Nüsse? Pro Woche: _____
 Welche Öle benutzen Sie? _____ Essen Sie Butter oder Margarine? _____

Wie oft Limonaden (Cola)? Pro Woche: _____ Wie oft Light Produkte? Pro Woche: _____
Wie oft Süßigkeiten/ Zucker? Pro Woche: _____
Wie oft Diabetikerprodukte? Pro Woche: _____ Wie oft Zuckeraustauschstoffe? Pro Woche: _____
Welche sonstigen Getränke? _____
--Gesamtflüssigkeits-Menge pro Tag (alle Getränke zusammen) _____ Liter?
--Trinken sie nachts? _____ --Schwarzer Tee, welche Menge? _____
--Grüner Tee, welche Menge? _____ --Kaffee, welche Menge? _____
--Energy Drinks? _____

Essen Sie nachts?

Kauen Sie zuckerfreie Kaugummis oder Lutschbonbons?

Was essen Sie besonders gerne? _____

Was mögen Sie überhaupt nicht? _____

Was vertragen Sie nicht, von welchen Speisen merken Sie etwas? _____

Treten Beschwerden auf nach dem Verzehr von:

-- Brot, Müsli, Kartoffeln, Reis, Nudeln? Gluten-Unverträglichkeit?

-- Hartkäse, Emmentaler, Rotwein, Thunfisch, Sauerkraut oder Salami? Histamin Unverträglichkeit?

-- Zuckeraustauschstoffe, Süßungsmitteln, Diabetikernahrung, Diätprodukten bzw. künstlich gesüßten Lebensmitteln?

-- Milch oder Milchprodukten? Laktose Unverträglichkeit?

-- Obst, Obstsaften, Limonaden? Fruktose Unverträglichkeit?

Nahrungsmittel Allergien?

Magen- Darm

Blinddarm noch vorhanden? Wenn nicht wann entfernt?.....

Wann war die letzte Darmkrebsvorsorge?..... Wann war die letzte Darmspiegelung?

Wann war die letzte Magenspiegelung?

Stuhlgang? _____ x/Tag _____ x/ Woche -- Hat sich die Häufigkeit verändert?

Stuhl ist meistens: Hart - normal – weich/breig – flüssig- wie Schafskot (dunkle Kügelchen) - klebrig? Farbe des

Stuhlgangs? Dunkelbraun – hellbraun – gelblich – grünlich – rötlich – schwarz?

Enthält der Stuhl Beimengungen? Schleim – Blut – unverdaute Speisen – Eiter?

Hämorrhoiden? _____ Fisteln? _____

Analfissuren/Risse? _____ Wie oft?

Magenschmerzen? _____ Wie oft?

Blähungen, Rumoren/Darmkollern/Darmgeräusche, Völlegefühl im Bauch/Magen? _____ Wie oft?

Bauchschmerzen? Reizdarm?

--strahlen in Rücken oder Schulter

--strahlen gürtelförmig unterhalb des Nabels

--im rechten Unterbauch

--sofort nach dem Essen _____ 20 min. nach dem Essen _____ 1 Std. nach dem Essen

--wann?: morgens - tagsüber - nachts - nüchtern - vor den Mahlzeiten

Erbrechen?..... Sodbrennen?..... Appetitlosigkeit?.....

Übelkeit?..... Vor? Während? Nach dem Essen? Besser durch Essen?

Aufstoßen? _____ Wie oft?

--wie schmeckt das Aufgestoßene? Nach nichts, oft sauer, oft bitter, oft faulig, oft blutig?

--Wie ist der Geruch? (übel, faulig, säuerlich, wie Fisch, wie verfaulte Eier, geruchlos)

Haben oder hatten Sie Würmer oder sonstige Parasiten?

--Haben Sie Haustiere?

--Waren Sie im Ausland?

Blase

Entzündungen? _____ Wie oft?

Urinverlust? Bei Husten? _____ Bei Lachen? _____ Bei Springen? _____

Harndrang (Bedürfnis zum Wasserlassen) ? _____ x Am Tag _____ x Mal--In der Nacht?

Niere:

Steine? _____ Gries? _____ Entzündungen? _____ Zysten? _____

Gynäkologie:

Ausfluss? _____ Wiederkehrende Infektionen?

Zyklusblutung alle <2 Wochen ___ alle 2 Wochen ___ alle 3 Wochen ___ alle 4 Wochen

alle 5 Wochen ___ alle 6 Wochen ___ alle >6 Wochen ___ ganz unregelmäßig ___ keine mehr

Wie viel Tage starke Blutung? ___ Wie viel Tage leichte Blutung?

Wie alt waren Sie bei Ihrer ersten Regelblutung?

Zwischenblutungen?

Datum der letzten Blutung?

Unterleibsschmerzen? Wann? Wo?

Brustschmerzen/Brustschwellung/Spannungsgefühle vor der Regel?

Wassereinlagerungen?

Psychische Beschwerden Zyklusbedingt?

Myome? Zysten?

Pille? _____ seit wann?

Ring? _____ seit wann?

Spirale mit Hormon? _____ seit wann?

Spirale ohne Hormon? _____ seit wann?

Unerfüllter Kinderwunsch?

Abtreibungen? _____ Wann? _____ Fehlgeburten: _____ Wann? _____

Entbindungen, welches Jahr?

Kaiserschnittnarbe? _____ Wurden Sie nach der Entbindung „genäht“ ?

Prostata- männliches Glied

Entzündungen?

Unerfüllter Kinderwunsch?

Phimose oder Entzündungen der Harnröhre?

Beschneidung?

Auf 7 Tage geschätzt, werden sie _____ x mal mit einer morgendlichen Erektion wach?

Sexualität:

Heterosexuell – Homosexuell – Bisexuell ?

Wie sind Sie mit Ihrem Sexualleben zufrieden auf einer Skala 0-10 (0 = überhaupt nicht zufrieden - 10 = sehr zufrieden)?

Bedürfnis normal?

Bedürfnis erhöht?

Bedürfnis vermindert?

Beschwerden vor / während / nach Geschlechtsverkehr?

Bewegungsapparat:

Arthrose: _____ Welche Gelenke? _____

_____ 1 Gelenk _____ 2 Gelenke _____ 3 Gelenke _____ > 3 Gelenke

Zittern?

Muskelschwäche? _____ Taubheitsgefühle? _____ Kribbelgefühle? _____

Rückenschmerzen, Hernien, Hexenschuss, Ischias? _____ Zittern? _____

Krämpfe in den Beinen? _____ Wie oft? _____

Arthroskopien? _____

Wachstumsschmerzen? _____ Wie oft? _____

Krampfadern? _____

Schlaf:

Wie viel Stunden Schlaf brauchen Sie?.....Wie viel bekommen Sie tatsächlich?.....

Einschlafen:

Schnell ___ < 15 min. ___ < 30 min. ___ < 45 min. ___ < 60 min. ___ < 90 min ___ < 120 min

Durchschlafen: ___ 0 x wach ___ 1 x wach ___ 2 x wach ___ 3 x wach ___ > 3 x wach

Schnarchen?

Atemaussetzer?

Speichelfluss aus dem Mund während des Schlafes?

Lieblings-Schlafposition?

Auf was für einer Matratze schlafen Sie?

Schlafwandeln?

Hat der Mond Einfluss auf Sie?

Nächtliches Schwitzen?

Traumlos?

Haben Sie Elektrogeräte im Schlafzimmer, wenn ja welche?

Alpträume?

Stoffwechsel:

Gicht? _____ Diabetes Typ 1? _____ Diabetes Typ 2? _____

Energie:

Allgemein fröstelig?

Allgemein viel Körperwärme?

Kalte Hände? _____ Kalte Füße? _____ Heiße Hände? _____ Heiße Füße? _____

Stecken Sie die Füße aus dem Bett? _____ Zugluft Empfindlichkeit? _____

Ausgeprägtes Verlangen nach frischer Luft?

Schwitzen?:

--Schnell? _____ Garnicht? _____

--Wo? _____ Achsel? _____ Füße? _____ Hände? _____

--Schweißgeruch?nach was riecht der Schweiß?

Sonne wird: gut vertragen? _____ schlecht vertragen?

Frühjahrsbeschwerden? _____ Sommerbeschwerden?

Herbstbeschwerden? _____ Winterbeschwerden?

Wetterfühligkeit?

In den Bergen fühle ich mich: besser -- gleich -- schlechter

Am Meer fühle ich mich: besser -- gleich -- schlechter

Tageszeiten, zu denen ich fit bin:

Tageszeiten, zu denen ich müde/ schlapp/ schwach bin:

Energie: Wie viel Prozent Ihrer „normalen“ Energie stehen Ihnen zurzeit zur Verfügung auf einer Skala 0-100% (0% = überhaupt keine Energie – 100% = sehr gute Energie):

Haben Sie noch Schnellkraft (können sie von jetzt auf gleich einem Bus hinterherlaufen)?

Welchen Sport machen Sie? Wie oft pro Woche?.....Wie lange?

Sauna: _____ x pro Woche? Yoga: _____ x pro Woche? Meditation: _____ x pro Woche?

Impfungen – bitte Impfpass mitbringen !!

Tetanus Impfungen: _____ Datum Diphterie Impfungen: _____ Datum

Polio Impfungen: _____ Datum HPV Impfungen: _____ Datum

MMR (Mumps, Masern, Röteln) Impfungen: _____ Datum

Hepatitis A Impfungen: _____ Datum Hepatitis B Impfungen: _____ Datum Gelbfieber

Impfungen: _____ Datum Keuchhusten Impfungen: _____ Datum

FSME / Zecken Impfungen: _____ Datum Wurden Sie gegen Tuberkulose (BCG) geimpft?

Sonstige Impfungen?

Hatten Sie auf Impfungen wahrnehmbare Reaktionen?

Impfreaktion? (Rötung, Schwellung, Eiter, Müdigkeit, Schwäche, Infekte, Fieber,.....)

Erklärung zur Abrechnung der ärztlichen Leistungen - Behandlungsvertrag Dr. Didier (zum Verbleib in der Praxis)

Name des Patienten: _____

Geburtsdatum: _____

Die Abrechnung erfolgt zumeist in Anlehnung der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) 1996, wobei einige spezielle diagnostische und therapeutische Leistungen, die auf besonderen Erfahrungen und Fertigkeiten basieren und nicht in der GOÄ aufgeführt sind, analog bewertet und abgerechnet werden müssen, auch IGeL-Leistungen genannt. Teilweise werden zudem Laborleistungen angefordert die über das als „allgemein medizinisch notwendige Maß“ hinausgehen, bzw. deren „medizinische Notwendigkeit“ durch Versicherer u.a. auf Grund von Sparmaßnahmen immer öfter in Frage gestellt werden. Fehlende Versicherungen oder Unterversicherungen, sowie beihilferechtliche Vorschriften oder Einschränkungen sind nicht Gegenstand dieses Behandlungsvertrages und erlauben keine Kürzungen unserer Liquidationen, die sich ohne gesonderte Verabredung nach dem 1.8 bis 5 fachen Gebührensatz bemessen. Eine Erstattung der Behandlungskosten (auch Fremdkosten wie z.B. Laborkosten, Medikamentenkosten die zum Teil nicht wissenschaftlich anerkannt sind,...) durch Erstattungsstellen ist somit möglicherweise nicht bzw. nicht im vollem Umfang gewährleistet. Bei der Behandlung wird einem Off-Label-Use von Medikamenten zugestimmt. Off-Label-Use bedeutet, dass ein Medikament (arzneilicher Wirkstoff) außerhalb seiner arzneirechtlichen Zulassung eingesetzt wird, dies betrifft vor allem Aspekte der Zulassung wie Anwendungsgebiete, Darreichungsform, Dosierung, Einnahmezeitpunkt und Behandlungsdauer. Laborkosten können je nach Indikation und Notwendigkeit bis zu mehreren Hundert Euro betragen. Diese können vor der Blutabnahme abgefragt werden und werden einstimmig mit dem Patienten abgesprochen.

Zudem werden folgende Vereinbarungen getroffen:

Ziffer GOÄ 30 kann, wenn dies medizinisch nötig ist, auch häufiger als 1x / Jahr abgerechnet werden (entgegen der Bestimmungen der GOÄ) Ziffer GOÄ 31 kann, wenn dies medizinisch nötig ist, auch häufiger als 6x / Jahr abgerechnet werden. (entgegen der Bestimmungen der GOÄ) Ziffer GOÄ 30 „Homöopathische/Orthomolekulare Erstanamnese“ wird in der Regel mit einem 3,5 fachen Faktor abgerechnet (das entspricht einem Betrag von 183,61 Euro) Ziffer GOÄ A30 „Ernährungsmedizinische Erstanamnese“ in der Regel mit einem 3,5 fachen Faktor abgerechnet (das entspricht einem Betrag von 183,61 Euro) Ziffer GOÄ A860 „Regulationsmedizinische Anamnese“ wird in der Regel mit einem 3,5 fachen Faktor abgerechnet (das entspricht einem Betrag von 187,69 Euro) Ziffer GOÄ 31 „Homöopathische/Orthomolekulare Folgeanamnese“ wird in der Regel mit einem 3,5 fachen Faktor abgerechnet werden (das entspricht einem Betrag von 91,80 Euro) Ziffer GOÄ A31 „Ernährungsmedizinische Folgeanamnese“ wird in der Regel mit einem 3,5 fachen Faktor abgerechnet (das entspricht einem Betrag von 91,80 Euro) Ziffer GOÄ 1 „Beratung - auch per Telefon/FB/SMS/E-Mail/WhatsApp“ wird in der Regel mit einem 3,5 fachen Faktor abgerechnet (das entspricht einem Betrag von 16,32 Euro) Ziffer GOÄ 3 „Eingehende Beratung - auch per Telefon/FB/SMS/E-Mail/WhatsApp“ wird in der Regel mit einem 3,5 fachen Faktor abgerechnet (das entspricht einem Betrag von 30,60 Euro)

Alle GOÄ-Ziffern der amtlichen Gebührenordnung können bei Bedarf analog (= der Wert der erbrachten Leistung bleibt gleich, nur der Leistungstext ändert sich) abgerechnet werden. Ansonsten werden die Leistungen als IGeL-Leistung abgerechnet. Privatleistungen erbracht durch Dr. Didier werden wie folgt berechnet:

- **Störfeld-Therapie nach Didier:** 175.- Euro incl. Beratung und Untersuchung und Störfeld-Therapie in Anlehnung an die klassische Neuraltherapie (Zeitaufwand ca. 30 Minuten)
- **Homöopathische Erstanamnese** - Dr. Didier - Dauer circa 1 Stunde : **ca. 360 Euro** ohne Laborkosten
- **Ganzheitlich-medizinische Erstanamnese** - Dr. Didier -Dauer circa 1 Stunde: ca. **ca. 360 Euro** ohne Laborkosten
- **Zahn-medizinische Erstanamnese** - Dr. Didier - Dauer circa 1 Stunde: ca. **360 Euro** ohne Laborkosten
- **Umweltmedizinische Erstanamnese** - Dr. Didier -Dauer circa 1 Stunde): ca. **360 Euro**, ohne Laborkosten
- **Ernährungsmedizinische/ Mikronährstofftherapeutische** Erstanamnese - Dauer circa 1 Stunde: **ca. 360 Euro** bei Dr. Didier ohne Laborkosten
- **Coimbra Protokoll** - Erstgespräch (Dauer circa 1 Stunde): ca. **360 Euro** ohne Laborkosten
- **dauert eine Konsultation länger werden zusätzlich 6.- Euro pro Minute berechnet.**
- **Folgekonsultationen** (ca. 30 Minuten): **Beratungen werden minutengenau abgerechnet, 1 Minute entspricht 5 Euro, also zB. 10 Minuten Beratung sind 50 Euro, bei 30 Minuten sind es 150.- Euro**
- **Eisen-Infusionen** zwischen 15 Euro und 220.- Euro
- **Eisen-Infusion auf Empfehlung eines anderen Therapeuten 225.- Euro pro 500 mg Eisen.**
- **Blutegeltherapie** (15 Euro pro Blutegel setzen durch geschultes Praxispersonal) meist sind 4-5 Blutegel nötig.
- **Tageslicht-Therapie** 10000 LUX - für 10 Anwendungen: **100 Euro**
- **Laborkosten je nach Aufwand und Notwendigkeit in Absprache mit dem Patienten: 5 - 1500 Euro**
- Hausbesuche in der Umgebung von Ostwestfalen: **360 Euro** pro Stunde plus Kilometergeld
- Wochenend-Zuschlag: **12,82 Euro**
- Zuschlag für Leistungen außerhalb der Sprechstunde: **4,08 Euro**
- Zuschlag für Leistungen in der Zeit von 20 - 22 Uhr und 6 - 8 Uhr: **10,49 Euro**
- Zuschlag für Leistungen in der Zeit von 22 - 6 Uhr: **18,65 Euro**
- Infusionstherapie je Sitzung, wenn länger 30 Minuten: **24,12 Euro** plus Medikamente
- Infusionstherapie je Sitzung, kurz: **16,07 Euro** plus Medikamente

Grundsätzlich werden Folgeberatungen nach Zeit abgerechnet. **Pro 1 Minute werden 5 Euro berechnet, bei 10 Minuten Beratung werden von Dr. med. Didier z.B. 50 Euro berechnet**, hierbei spielt es keine Rolle ob die Zeit für persönliche Gespräche in der Praxis, oder für Telefonate, Emails, WhatsApp, oder ähnliches anfällt. **Da es sich bei meiner Praxis um eine reine Terminpraxis handelt, werden Sprechstundentermine/ Behandlungstermine, die nicht rechtzeitig (24 Std. vor dem abgesprochenen Termin) abgesagt werden, in Rechnung gestellt. (30 Min. Termine werden mit mindestens 150.- Euro berechnet und 60 Min. Termine mit mindestens 300.- Euro) Sollte es im Laufe der Behandlung zu einer Kommunikation über digitale Medien kommen (Email, Messenger, WhatsApp, oder Ähnliches) stimmt der Patient hiermit auch den entsprechenden Datenschutzbestimmungen der jeweiligen Dienste zu und entbindet den Arzt aus jeglicher Haftung, die aus der Nutzung dieser Dienste entstehen könnte. Rechnungen und Therapiepläne werden unverschlüsselt per Mail versendet, auch hier stimmt der Patient den entsprechenden Datenschutzbestimmungen der jeweiligen Dienste zu und entbindet den Arzt aus jeglicher Haftung, die aus der Nutzung dieser Dienste entstehen könnte.**

Sämtliche Ansprüche, die aus dem zwischen Arzt und Patient betroffenen Behandlungsvertrag resultieren, können - soweit sie nicht dem gesetzlichen Forderungsübertrag unterliegen - von dem Patienten weder abgetreten noch verpfändet werden. Ausschließlicher Gerichtsstand für alle Streitigkeiten aus diesem Vertrag ist für beide Teile Herford. Die Gebührenordnung für Ärzte liegt zur Einsichtnahme bereit. Der Patient, sein Vormund oder Erziehungsberechtigter, stimmt hiermit obigem Behandlungsvertrag in allen Punkten zu. Zudem erlaubt der Patient, sein

Vormund oder Erziehungsberechtigter, dass nach Paragraph 73 Abs. 1 b Satz 1 SGB V, der Arzt die für die Behandlung erforderlichen Behandlungsdaten und Befunde bei dem Hausarzt und anderen Leistungserbringern anfordern und/oder an diese weitergeben darf. Gerichtsstand ist das Amtsgericht Herford. Sollte eine Bestimmung dieses Vertrages unwirksam sein, wird die Wirksamkeit der übrigen Bestimmungen davon nicht berührt. Die Parteien verpflichten sich, anstelle der unwirksamen Bestimmung eine dieser Bestimmung möglichst nahekommende wirksame Regelung zu treffen.

PATIENTENINFORMATION ZUM DATENSCHUTZ

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten ist uns wichtig. Nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) sind wir verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck unsere Praxis Daten erhebt, speichert oder weiterleitet. Der Information können Sie auch entnehmen, welche Rechte Sie in puncto Datenschutz haben.

1. VERANTWORTLICHKEIT FÜR DIE DATENVERARBEITUNG

Verantwortlich für die Datenverarbeitung ist: Dr. med. Rainer Didier

Praxisname: Praxis für Ganzheitliche Medizin Dr. Didier und Kollegen Adresse: Nordhofstr.173 in 32130 Enger

Kontaktdaten: Tel.: +49 5224 994677 Mail: praxis@ganzheitlicheMedizin.de

Sie erreichen die/den zuständige/n Datenschutzbeauftragte/n unter:

Name: Dr. med. Rainer Didier Kontaktdaten: Tel.: +49 5224 994677 Mail: praxis@ganzheitlicheMedizin.de

1. ZWECK DER DATENVERARBEITUNG

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und Ihrem Arzt und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen. Hierzu verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Ihre Gesundheitsdaten. Dazu zählen Namen, Adressen, Geburtsdaten, Telefonnummern, Emailadressen, Versicherungsdaten, Anamnesen, Diagnosen, Therapievorschläge und Befunde, die wir oder andere Ärzte erheben. Zu diesen Zwecken können uns auch andere Ärzte oder Psychotherapeuten, bei denen Sie in Behandlung sind, Daten zur Verfügung stellen (z.B. in Arztbriefen). Die Erhebung von Gesundheitsdaten ist Voraussetzung für Ihre Behandlung. Werden die notwendigen Informationen nicht bereit-gestellt, kann eine sorgfältige Behandlung nicht erfolgen.

1. EMPFÄNGER IHRER DATEN

Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben. Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten können vor allem andere Ärzte / Psychotherapeuten, Kassenarztlliche Vereinigungen, Krankenkassen, der Medizinische Dienst der Krankenversicherung, Ärztekammern und privatarztlliche Verrechnungsstellen sein. Die Übermittlung erfolgt überwiegend zum Zwecke der Abrechnung der bei Ihnen erbrachten Leistungen, zur Klärung von medizinischen und sich aus Ihrem Versicherungsverhältnis ergebenden Fragen. Im Einzelfall erfolgt die Übermittlung von Daten an weitere berechnigte Empfänger.

1. SPEICHERUNG IHRER DATEN

Wir bewahren Ihre personenbezogenen Daten nur solange auf, wie dies für die Durchführung der Behandlung erforderlich ist. Aufgrund rechtlicher Vorgaben sind wir dazu verpflichtet, diese Daten mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren. Nach anderen Vorschriften können sich längere Aufbewahrungsfristen ergeben, zum Beispiel 30 Jahre bei Rontgenaufzeichnungen laut Paragraph 28 Absatz 3 der Röntgenverordnung.

1. IHRE RECHTE

Sie haben das Recht, über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten Auskunft zu erhalten. Auch können Sie die Berichtigung unrichtiger Daten verlangen. Darüber hinaus steht Ihnen unter bestimmten Voraussetzungen das Recht auf Löschung von Daten, das Recht auf Einschränkung der Datenverarbeitung sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit zu. Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt auf Basis von gesetzlichen Regelungen. Nur in Ausnahmefällen benötigen wir Ihr Einverständnis. In diesen Fällen haben Sie das Recht, die Einwilligung für die zukünftige Verarbeitung zu widerrufen. Sie haben ferner das Recht, sich bei der zuständigen Aufsichtsbehore für den Datenschutz zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt. Die Anschrift der für uns zuständigen Aufsichtsbehore lautet: Name: Die Landesbeauftragte für den Datenschutz Nordrhein- Westfalen Anschrift: Kavalleriestrae 2-4, 40213 Düsseldorf, Telefon: 0211 384240

1. RECHTLICHE GRUNDLAGEN

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist Artikel 9 Absatz 2 lit. h) DSGVO in Verbindung mit Paragraph 22 Absatz 1 Nr. 1 lit. b) Bundesdatenschutzgesetz. Sollten Sie Fragen haben, können Sie sich gern an uns wenden.

Ihr Praxisteam

Enger, den _____ Unterschrift des Patienten _____
(hiermit wird auch bestätigt eine Abschrift dieser Vereinbarung bekommen zu haben)

Unterschrift des Arztes _____



Behandlungsvertrag über individuelle Gesundheitsleistungen

Name: Geburtsdatum:
 Vorname: Telefon:
 Straße + Hausnr.: E-Mail:
 PLZ + Wohnort: Krankenversicherung:

Behandlungshonorare werden in der Regel nach Zeitaufwand abgerechnet. Beispiele:

GOÄ-Nr.	Steigerungssatz	Leistungsbeschreibung	Betrag in Euro
30 + 860	3,5	Erstgespräch ganzheitliche Medizin 60 Minuten	360.- Euro
31+801+855	2,3	Folgegespräche ganzheitliche Medizin 30 Minuten	150.- Euro
IGeL Ziffer 10		Beratung pro Minute	5.- Euro
IGeL Ziffer 10a		Erst-Beratung pro Minute	6.- Euro

Versicherungsstatus: privat versichert Beihilfe versichert private Leistung

Zahlung und Terminabsagen

Im Rahmen der ärztlichen Beratung und Behandlung werden in Ihrem konkreten Fall voraussichtlich die in diesem Behandlungsvertrag festgehaltenen Gebühren gemäß der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) anfallen. Die GOÄ liegt zur Einsichtnahme in der Praxis bereit.

Die Abrechnung erfolgt zum Teil in Anlehnung an die GOÄ, wobei einige spezielle diagnostische und therapeutische Leistungen, die auf besonderen Erfahrungen und Fertigkeiten basieren und nicht in der GOÄ aufgeführt sind, analog bewertet und abgerechnet werden, auch IGeL-Leistungen genannt.

Auch können darunter Leistungen sein oder Laborleistungen angefordert werden, die über das als „allgemein medizinisch notwendige Maß“ hinausgehen bzw. deren „medizinische Notwendigkeit“ beispielsweise durch einen Versicherer u.a. auf Grund von Sparmaßnahmen häufig in Frage gestellt werden.

Im Anschluss an die Behandlung werden Sie eine Rechnung erhalten, in der die erbrachten Leistungen aufgeführt und der Gebührensatz unter Berücksichtigung der Schwierigkeit und des Zeitaufwands der einzelnen Leistung sowie der Umstände bei der Ausführung nach billigem Ermessen festgelegt ist.

Die genannten Leistungen gehören nicht zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung, weshalb der genannte Betrag von Ihnen selbst zu tragen ist.

Sofern Sie einen Termin nicht wahrnehmen können, müssen Sie an Werktagen spätestens 24 Stunden vorher persönlich oder telefonisch absagen.

Sagen Sie einen Termin nicht rechtzeitig ab, haben Sie den jeweiligen Bruttobetrag gemäß § 615 BGB privat zu zahlen. Ihre Krankenversicherung übernimmt diese Kosten nicht.

Das vereinbarte Honorar kann sowohl unter als auch über dem Betrag liegen, welchen private Krankenversicherungen oder Beihilfestellen ersetzen. Fehlende Versicherung, Unterversicherung sowie versicherungsvertragliche oder beihilferechtliche Vorschriften sind nicht Bestandteil des Behandlungsvertrags und erlauben keine Kürzungen der Liquidation.

Sämtliche Ansprüche, die aus dem Behandlungsvertrag resultieren, dürfen von Ihnen weder abgetreten noch verpfändet werden, soweit sie nicht dem gesetzlichen Forderungsübergang unterliegen. Sollte es im Laufe der Behandlung zu einer Kommunikation über digitale Medien kommen (E-Mail, Messenger, WhatsApp, oder Ähnliches) stimmt der Patient hiermit auch den entsprechenden Datenschutzbestimmungen der jeweiligen Dienste zu und entbindet den Arzt aus jeglicher Haftung, die aus der Nutzung dieser Dienste entstehen könnte. Rechnungen und Therapiepläne werden unverschlüsselt per Mail versendet, auch hier stimmt der Patient den entsprechenden Datenschutzbestimmungen der jeweiligen Dienste zu und entbindet den Arzt aus jeglicher Haftung, die aus der Nutzung dieser Dienste entstehen könnte.

X

Unterschrift der Patientin / des Patienten oder der gesetzlichen Vertreterin / des gesetzlichen Vertreters

Schweigepflichtentbindung

Ich entbinde die Praxis von der Schweigepflicht gegenüber der folgenden Stelle bzw. Person. Von dort dürfen auch Krankenunterlagen angefordert werden:

X Unterschrift wie oben

Aufklärung und Einwilligung

Es erfolgte eine umfassende Aufklärung insbesondere über Nutzen, Art, Umfang, Durchführung, zu erwartende Folgen und Risiken der Maßnahme sowie ihre Notwendigkeit, Dringlichkeit, Eignung und Erfolgsaussichten im Hinblick auf die Diagnose und die Therapie.

Bei der Behandlung wird einem Off-Label-Use von Medikamenten zugestimmt. Off-Label-Use bedeutet, dass ein Medikament (arzneilicher Wirkstoff) außerhalb seiner arzneirechtlichen Zulassung eingesetzt wird. Dies betrifft vor allem Aspekte der Zulassung wie Anwendungsgebiete, Darreichungsform, Dosierung, Einnahmezeitpunkt und Behandlungsdauer. Laborkosten werden gesondert berechnet und können je nach Indikation und Notwendigkeit bis zu mehrere Hundert Euro betragen. Diese können vor Probenentnahme abgefragt werden.

Insbesondere wurde auf Folgendes hingewiesen:

Ich willige ausdrücklich in die durchzuführenden, oben dargestellten privatärztlichen Behandlungsmaßnahmen ein und wünsche diese.

Sollte eine Bestimmung dieses Behandlungsvertrages unwirksam sein, wird die Wirksamkeit der übrigen Bestimmungen davon nicht berührt. Die Parteien verpflichten sich anstelle der unwirksamen Bestimmung eine dieser Bestimmung möglichst nahekommende wirksame Regelung zu treffen.

X Datum und Unterschrift wie oben

X Datum und Unterschrift Arzt

