



Karen Fletcher

Praxis für klassische Homöopathie

Patienten-Fragebogen

Liebe Patientin, lieber Patient

Bitte nehmen Sie sich Zeit und füllen Sie den Fragebogen in Ruhe vollständig aus und senden Sie mir diesen vor unserem Termin per Mail oder per Post zurück. Je genauer Ihre Angaben sind, umso besser ist es mir möglich, das für Sie passende homöopathische Mittel zu finden. Bitte bringen Sie allfällige diagnostische Unterlagen, schriftliche Berichte und eine Kopie des Impfausweises an unsere Erst-Konsultation mit.

Personalien

Name:	Vorname:
Strasse:	PLZ/Wohnort:
Telefon:	Mobiltelefon:
Beruf:	E-Mail:
Geburtsdatum:	Zivilstand:
Grösse:	Gewicht:
Krankenkasse:	Rechnung: ☐ per Mail ☐ per Post

Wie sind Sie auf mich aufmerksam geworden? (Empfehlung, Internet, Zeitung, usw.)

Hauptbeschwerden

Was sind Ihre Beschwerden? Beschreiben Sie kurz, warum Sie zu mir kommen.

Medikamente

Welche Medikamente nehmen Sie gegenwärtig ein oder haben Sie früher über längere Zeit eingenommen? Dazu gehören auch pflanzliche und homöopathische Heilmittel, Schüssler Salze, Hormone usw. Wenn Sie in letzter Zeit homöopathische Arzneien eingenommen haben, bitte ich Sie, mir diese mit Namen und Potenz aufzuführen, oder lassen Sie sich eine Liste der Mittel von Ihrem vorherigen Homöopathen zusammenstellen.

Geist und Gemüt

Was waren die grössten Sorgen/Kummer in Ihrem bisherigen Leben?

Diese Seite nur ausfüllen, wenn Ihr Kind der Patient ist!

Wie verliefen Schwangerschaft und Geburt? (Spontangeburt, Kaiserschnitt, Stillen usw.)

Wie ist/war die Entwicklung? (krabbeln, aufstehen, laufen, zähnen, sprechen, lernen, usw.)

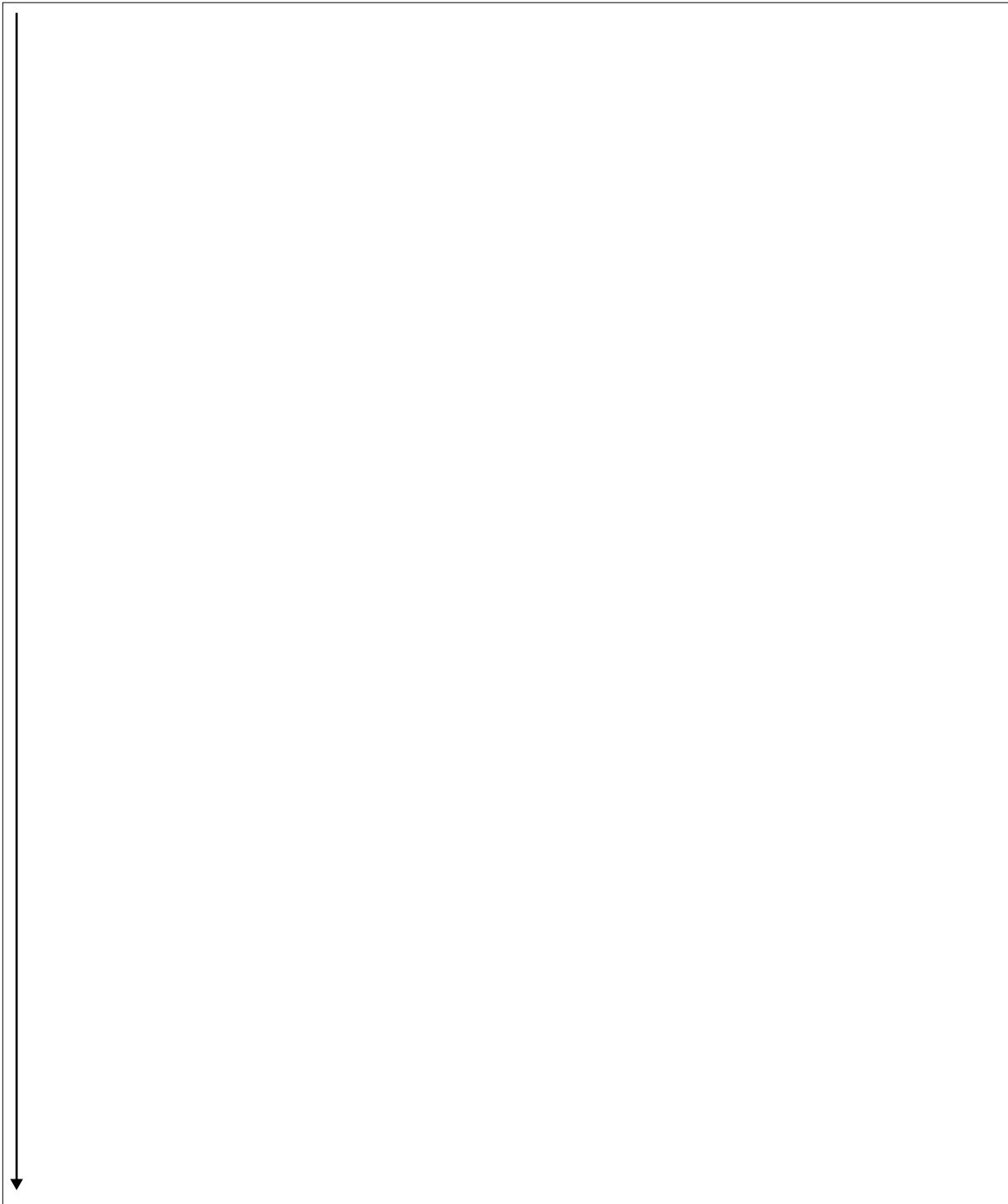
Wurde Ihr Kind geimpft? Reagierte Ihr Kind darauf, vielleicht auch erst nach längerer Zeit? Kam es zu einer auffälligen Reaktion oder haben Sie Probleme (nicht nur unbedingt mit der Impfung in Zusammenhang stehende Symptome oder Auffälligkeiten) einige Zeit (Wochen, Monate) nach der Impfung festgestellt? Legen Sie eine Kopie des Impfausweises bei.

Welche Kinderkrankheiten hat Ihr Kind durchgemacht? (Windpocken, Masern, Röteln, Mumps, Keuchhusten, Scharlach, Ringelröteln, usw.)

Chronologischer-Ablauf

Bitte tragen Sie auf dem Zeitstrahl in zeitlicher Reihenfolge alle von Ihnen jemals durchgemachten Kinderkrankheiten, Krankheiten, Beschwerden, Gegebenheiten, Unfälle, Operationen, einschneidenden Erlebnisse usw. ein. Notieren Sie zu jedem Ereignis auch die Jahreszahl oder Ihr Alter.

0 Jahre (Geburt)

A large empty rectangular box for a timeline, with a vertical arrow on the left side pointing downwards.

heute

Familienanamnese

Notieren Sie, möglichst umfassend, Ihnen bekannte und erwähnenswerte Krankheiten, Todesursachen und das Alter zum Zeitpunkt des Todes Ihrer Angehörigen.

Urgrosseltern (mütterlicherseits)		Urgrosseltern (väterlicherseits)	
Grossvater (mütterlicherseits)	Grossmutter (mütterlicherseits)	Grossvater (väterlicherseits)	Grossmutter (väterlicherseits)
Mutter (inkl. Geburtsdatum)		Vater (inkl. Geburtsdatum)	
Geschwister (inkl. Geburtsdatum)			

Medikamente

Sollten Sie schulmedizinische Medikamente einnehmen müssen, dürfen solche nur in Absprache mit dem zuständigen Arzt ausgeschlichen oder abgesetzt werden. Setzen Sie niemals selbständig Medikamente ab! Mit Ihrer Unterschrift am Ende des Dokuments bestätigen Sie, dass ich Ihnen zu keinem Zeitpunkt weder geraten noch Sie dazu gedrängt habe, ein Medikament selbständig abzusetzen.

Terminabsage und Ausfallhonorar

Ein vereinbarter Termin ist für beide Seiten verbindlich. Falls Sie einen Termin nicht wahrnehmen können, bitte ich Sie, dies mindestens 48 Stunden im Voraus per E-Mail (praxis@kfletcher.ch) mitzuteilen. Bitte beachten Sie: Wochenenden und Feiertage werden dabei nicht mitgerechnet. Sollten Sie unentschuldigt von einem Termin fernbleiben oder diesen zu spät absagen (weniger als 48 Stunden zuvor), wird die für Sie reservierte Zeit in Rechnung gestellt.

Krankenkassen und Kosten

Ich werde von allen Schweizer Krankenkassen durch die Zusatzversicherung (Komplementärzusatz) anerkannt. Es gibt aber bei den Entschädigungen grosse Unterschiede. Damit Sie wissen, wie Ihre Zusatzversicherung meine Leistungen abrechnet und es nicht zu bösen Überraschungen kommt, bitte ich Sie, dies vor der ersten Konsultation mit Ihrer Krankenkasse zu klären.

Kosten werden im Stundensatz von CHF 160.– verrechnet und fallen für Konsultationen, Telefonate und die Fallbearbeitung an. Alle Aufwände werden im Fünfminuten-Takt aufgerundet und verrechnet.

Bei Erfolglosigkeit der Therapie besteht kein Anspruch auf Vergütung, Stornierung, Rabatt, o.ä. auf die von mir gestellten Honorarrechnungen. Die Honorarrechnung ist innerhalb von 30 Tagen nach deren Erhalt zu begleichen.

Notfälle

In dringenden Fällen können Sie mich ausserhalb der Sprechzeiten erreichen. Sprechen Sie auf meinen Telefonbeantworter (043 818 77 80) und ich werde Sie zurückrufen. Ein Schnupfen o.ä. ist kein Notfall. Bei einem sehr dringenden Notfall wenden Sie sich, bitte, direkt an Ihren Hausarzt oder die Ambulanz!

Datenschutzerklärung (DSE) Version Oktober 2023

Ich, Karen Fletcher, Inhaberin der alternativmedizinischen Praxis für klassische Homöopathie, Baumackerstrasse 49, 8050 Zürich, bestätige hiermit, mich gemäss Datenschutzgesetz und Datenschutzverordnung an die folgenden Regeln zu halten.

Zweck dieser Datenschutzerklärung ist es, Sie als Patienten/Patientin über meinen Umgang mit Ihren persönlichen und sensiblen Daten, die in meiner Praxis gesammelt werden, zu informieren.

Es werden nur solche Daten bearbeitet, die mit der alternativmedizinischen Behandlung im Zusammenhang stehen oder die für eine Information über allfällige Angebote relevant sind. Es handelt sich dabei ausschliesslich um Daten, die ich mit Ihrem Einverständnis aufgenommen habe, die Sie mir haben zukommen lassen oder die in öffentlich zugänglichen Verzeichnissen (Telefonbuch u.a.) zu finden sind. Dies können allgemeine Daten zu Ihrer Person (Namen, Anschrift, Telefonnummer usw.), Angaben zu Ihrer Gesundheit, zum Krankheitsverlauf oder zu bereits gestellten Diagnosen und gegebenenfalls weiteren Daten sein, welche Sie mir aufgrund der Behandlung übermittelt haben (Patientendossiers).

Gesammelt, gespeichert und bearbeitet werden diese Daten ausschliesslich in Ihrem Patienten-/ Patientinnendossier, bzw. in dem für die Administration notwendigen Dossier, insbesondere in der für die Fakturierung gemäss Tarif 590 notwendigen Praxissoftware. An diesen beiden Aufbewahrungsorten sind sämtliche an Ihren Daten vorgenommenen Bearbeitungsschritte inklusive der verantwortlichen Personen nachvollziehbar.

Ihre personenbezogenen Daten gebe ich ausschliesslich an Personen oder Bereiche meiner Praxis weiter, die diese zur Erfüllung der vertraglichen und gesetzlichen Pflichten benötigen. Diese sind über die geltenden Datenschutzregeln informiert und verpflichtet, diese einzuhalten.

Weiteren Personen oder Institutionen (Versicherer etc.) werden Ihre Daten oder Teile davon ausschliesslich mit Ihrem expliziten Einverständnis zugänglich gemacht. Als Ausnahmen gelten richterliche Anordnungen oder die Durchsetzung berechtigter Ansprüche seitens der Praxis.

Soweit Ihre Daten physisch gesammelt und bearbeitet werden, werden diese in einem abschliessbaren, unbefugten Drittpersonen nicht zugänglichen Raum oder Schrank aufbewahrt. Elektronisch gesammelte Daten werden gesichert aufbewahrt (Firewall, Passwort etc.).

Wo nicht kantonale oder weitere gesetzliche Regelungen anderes bestimmen, werden Ihre von mir gesammelten Daten zwanzig Jahre nach Ihrer letzten Konsultation in meiner Praxis gelöscht.

Die schriftliche Kommunikation per E-Mail zwischen meiner Praxis und Ihnen erfolgt mit einem üblichen Mail-Verschlüsselungsprogramm. Eine unverschlüsselte Kommunikation per E-Mail wird nur mit Ihrem schriftlichen Einverständnis stattfinden.

Als Patient/-in können Sie von mir jederzeit ein Doppel aller Ihrer von mir gesammelten Daten in einem gängigen elektronischen Format verlangen. Nur physisch vorhandene Daten werden zu diesem Zweck gescannt und Ihnen als PDF oder in Papierform zugestellt. Die Daten werden Ihnen in der Regel kostenlos und innert maximal 30 Tagen übergeben.

Verantwortlich für sämtliche Fragen, die im Zusammenhang mit der Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten und Wahrnehmung Ihrer Rechte stehen, ist die für Sie zuständige Therapeutin.

Mit meiner Unterschrift (oder deren des gesetzlichen Vertreters) bestätige ich die oben genannten Angaben und akzeptiere die allgemeinen Geschäftsbedingungen.

Ort/Datum: Unterschrift: