

Unser Praxisteam heißt Sie willkommen!

Anmeldung und Einwilligungserklärung.

Alle Informationen unterliegen dem Datenschutz (siehe Rückseite) und der Schweigepflicht.

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Straße: _____ PLZ: _____ Wohnort: _____

Telefon privat/geschäftlich: _____ Beruf: _____

Telefon mobil: _____ E-Mail: _____

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden? _____

Damit Ihr Ernährungscoaching zu Ihrer und unserer Zufriedenheit ablaufen kann, möchten wir Sie vor Beginn mit unserer Praxisorganisation vertraut machen.

- **Sie haben die Möglichkeit einen Termin bis zu 24 Stunden vorher kostenfrei abzusagen.** Montagstermine müssen bereits am Freitag zuvor storniert werden. Sollten Sie eine Absage nur kurzfristig vornehmen können, stellen wir den Terminausfall pro Coachingeinheit privat in Rechnung. (Diese Regelung ist auch im Falle „höherer Gewalt“ gültig; §§ 615, 304 BGB)
- Das Ernährungscoaching findet in unserem **WIRKRAUM, Forststraße 186, 70193 Stuttgart** ,statt
- **Um Ihrer Anliegen und Ziele bestmöglich aufzunehmen und erfüllen zu können, werden wir bei Ihrem ersten Termin** einen ausführlichen Befund erheben.

Bitte erklären Sie Ihr Einverständnis:

Datum: _____

Unterschrift: _____

der Patient*in oder der gesetzl. Vertreter*in

Liebe Kundin, lieber Kunde

wir freuen uns Sie auf Ihrem gesundheitlichen Weg unterstützen zu dürfen. Als therapeutische Praxis hat Datenschutz für uns einen hohen Stellenwert. Ihre personenbezogenen Daten, sowie die Untersuchungsdaten, die Behandlungsdaten und Befunde werden zum Zwecke der Kontaktaufnahme, der Diagnostik, zur Dokumentation, zum Erstellen von Ernährungsberichten auf Basis des geschlossenen Vertrags und zur Berechnung der erbrachten Leistungen verarbeitet und gespeichert (Art. 9 Abs. 2 Nr. h).

Die im Rahmen der vorstehenden genannten Zweck erhobenen persönlichen Daten Ihrer Person werden unter Beachtung des DSGVO (Datenschutzgrundverordnung) und BDSG (Bundesdatenschutzgesetz) erhoben, verarbeitet, genutzt und übermittelt.

Einwilligung

Hiermit **bestätige** ich Folgendes:

- Ich bin darauf hingewiesen worden, dass die Verarbeitung der Daten zum Zweck der Ernährungsplanerstellung sowie aufgrund des zugrunde liegenden Vertrags erforderlich ist.
- Ich bin darauf hingewiesen worden, dass die Einwilligung die Verarbeitung sensibler Daten (Gesundheitsdaten) umfasst.
- Die zur sachgerechten Information erforderlichen Angaben habe ich vor der Datenerhebung von der verantwortlichen Person mitgeteilt bekommen.
- Meine Einwilligung erfolgt freiwillig. Mir ist bekannt, dass ich nicht verpflichtet bin, diese Einwilligung zu erteilen. Erteile ich diese Einwilligung nicht, entstehen mir hierdurch keine Nachteile. Ohne Einwilligung kann jedoch grundsätzlich keine Behandlung durch die Verantwortliche erfolgen.
- Den Inhalt der abgedruckten Widerrufsbelehrung habe ich vor Erteilung der Einwilligung zur Kenntnis genommen.
- Ich bin darauf hingewiesen worden dass die oben genannten Daten allen in der Praxis angestellten Personen, die mit der Durchführung oder Abrechnung der Leistungen betraut sind, zur Kenntnis gegeben werden, soweit dies zur Erfüllung und Abrechnung des Vertrages erforderlich ist.
- Ich bin darauf hingewiesen worden, dass bei einem nicht Nachkommen der Zahlungsaufforderung die Daten an ein Inkassounternehmen weitergegeben werden.
- Ich bin darüber informiert, dass die Praxis-Information zum Datenschutz auf der Praxiswebsite: www.rfg-stuttgart.de, im Bereich Downloads nachzulesen ist.

Ort, Datum

Unterschrift der Kund*in oder der gesetzl. Vertreter*in

Widerrufsbelehrung

Diese Einwilligung kann jederzeit und ohne Angabe von Gründen widerrufen werden. Die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung wird dadurch nicht berührt. Gesetzliche Erlaubnistatbestände bleiben von einem Widerruf der Einwilligung unberührt. Im Falle des Widerrufs ist eine Fortsetzung der Behandlung durch die Verantwortliche grundsätzlich nicht mehr möglich. Die Einwilligung kann schriftlich oder mündlich widerrufen werden. Der Widerruf ist zu richten an:

Heike Schaible, Osteopathin BSc / Heilpraktikerin, Fritz-Reuter-Straße 17, 70193 Stuttgart

Herzlich willkommen in unserer Praxis,

unser Ziel ist es Sie optimal zu unterstützen, aus diesem Grund benötigen wir vorab einige Informationen zu Ihrem Anliegen und bitten Sie daher den folgenden Fragebogen auszufüllen. *Alle Informationen unterliegen der europäischen Datenschutz-Grundverordnung.*

Datum: _____

Vorname/Nachname: _____ Geburtsdatum: _____

Straße, Hausnummer: _____ PLZ, Ort : _____

Telefonnummer: _____ E-Mail: _____

Was machen Sie beruflich? Vollzeit Teilzeit _____

1.) Ihre Ziele

Gewicht abnehmen Gewicht halten Gewicht zunehmen

Stoffwechselregulierung

Gesundheitsverbesserung

Schmerzreduzierung

Sonstiges : _____

2.) Bisherige Versuche das/die oben genannte/n Ziel(e) zu erreichen:

Durch Ernährung? Ja Nein

(Falls ja, bitte beschreiben sie die Versuche, wie z.B. Diäten)

Durch Sport? Ja Nein

(Falls Ja, bitte beschreiben Sie das Sportprogramm, Art, Häufigkeit, Dauer.....)

Angaben zur aktuellen Ernährungssituation

3.) Haben Sie eine bestimmte Ernährungsrichtung?

- Mischkost vegetarisch vegan sonstig _____

4.) Wie schätzen sie Ihre Ernährung ein?

- sehr gesund gesund nicht sonderlich gesund ungesund

Falls Sie nicht sonderlich gesund oder ungesund angekreuzt haben, geben Sie bitte einen Grund dafür an:

- keine Zeit
 ich kann nicht gesund kochen
 kein gesundes Angebot (z.B. Kantine, Mensa, o.ä.)
 gesundes Essen schmeckt mir nicht
 sonstige Gründe _____

5.) Wo nehmen Sie Ihre Mahlzeiten ein?

- | | | | |
|------------|--------------------------------|-------------------------------------|--|
| Frühstück: | <input type="radio"/> zu Hause | <input type="radio"/> unterwegs | <input type="radio"/> _____ |
| | Auswärts: | <input type="radio"/> Kantine/Mensa | <input type="radio"/> Restaurants <input type="radio"/> Imbiss |
| Mittag : | <input type="radio"/> zu Hause | <input type="radio"/> unterwegs | <input type="radio"/> _____ |
| | Auswärts: | <input type="radio"/> Kantine/Mensa | <input type="radio"/> Restaurants <input type="radio"/> Imbiss |
| Abend : | <input type="radio"/> zu Hause | <input type="radio"/> unterwegs | <input type="radio"/> _____ |
| | Auswärts: | <input type="radio"/> Kantine/Mensa | <input type="radio"/> Restaurants <input type="radio"/> Imbiss |

6.) Beschreiben Sie stichpunktartig eine gewöhnliche Mahlzeit

(z.B. 2 helle Brötchen mit Käse.....)

- Frühstück: _____
- Mittag: _____
- Abend: _____
- Snacks: _____
- Sonstiges: _____

7.) Welche Getränke nehmen Sie zu sich?

- Wasser Säfte Limonaden Energydrinks
- Tee gesüßt ungesüßt
- Kaffee gesüßt ungesüßt

8.) Wie viel Liter trinken Sie täglich insgesamt? _____ Liter

9.) Wie häufig trinken Sie durchschnittlich Alkohol?

- täglich 3x/Woche 1x/Woche 2x/Monat 1x/Monat selten/nie

Falls 1x/Woche oder häufiger: Welche Alkoholsorten trinken Sie?

- Bier Wein Spirituosen

10.) Machen Sie derzeit eine Diät?

- Ja Nein

(falls ja, bitte beschreiben sie diese):

11.) Treiben Sie derzeit Sport?

- Ja Nein

(Falls ja, bitte beschreiben Sie das Sportprogramm; Art, Häufigkeit, Dauer...):

12.) Sind Sie derzeit schwanger?

- Ja Nein

13.) Leiden Sie unter Nahrungsmittel-Allergien?

- Ja Nein

Falls ja, welche? _____

14.) Leiden Sie unter sonstigen Erkrankungen oder haben Sie derzeit Beschwerden?

- Ja Nein

Falls ja, welche? _____

15.) Nehmen Sie derzeit Medikamente oder Supplemente ein?

- Ja Nein

Falls ja, welche?

- gegen Bluthochdruck Entwässerungstabletten (Diuretika) Mineralien
- gegen Blutfette/Cholesterin gegen zu hohen Blutzucker Vitamine
- gegen Schilddrüsen-Überfunktion gegen Schilddrüsen-Unterfunktion

Sonstige: _____

Vielen Dank für die Beantwortung des Anmeldebogens