



## Personalien

|                                                                                                                                                                                         |                 |                             |                               |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Name                                                                                                                                                                                    | Vorname         |                             |                               |
| Strasse                                                                                                                                                                                 | Geb. Datum      |                             |                               |
| PLZ/ Ort                                                                                                                                                                                | Tel. / Mobile   |                             |                               |
| E-Mail                                                                                                                                                                                  |                 |                             |                               |
| Beruf                                                                                                                                                                                   |                 |                             |                               |
| Derzeitige Arbeitsstelle                                                                                                                                                                |                 |                             |                               |
| Hausarzt                                                                                                                                                                                |                 |                             |                               |
| Krankenkasse                                                                                                                                                                            | mit Zusatz      | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Familienstand                                                                                                                                                                           |                 |                             |                               |
| Anzahl Kinder                                                                                                                                                                           |                 |                             |                               |
| Name & Datum                                                                                                                                                                            |                 |                             |                               |
|                                                                                                                                                                                         |                 |                             |                               |
|                                                                                                                                                                                         |                 |                             |                               |
| Behandlungsgrund:                                                                                                                                                                       |                 |                             |                               |
|                                                                                                                                                                                         |                 |                             |                               |
|                                                                                                                                                                                         |                 |                             |                               |
| Da evtl. pflanzliche Mittel zum Einsatz kommen könnten, ist es wichtig zu erfahren, was Sie für schulmedizinische Mittel einnehmen inkl. natürliche Mittel aus der Drogerie / Apotheke. |                 |                             |                               |
| Medikamente:                                                                                                                                                                            | Hersteller /mg: | Einnahme:                   |                               |
|                                                                                                                                                                                         |                 |                             |                               |
|                                                                                                                                                                                         |                 |                             |                               |
|                                                                                                                                                                                         |                 |                             |                               |
|                                                                                                                                                                                         |                 |                             |                               |
|                                                                                                                                                                                         |                 |                             |                               |
|                                                                                                                                                                                         |                 |                             |                               |
|                                                                                                                                                                                         |                 |                             |                               |



## **Information für Patientinnen und Patienten**

Ihnen ist bewusst, dass von der Anamnese bis zur Behandlung eine ganzheitliche Arbeitsweise unter Wahrung Ihrer Rechte als Patient/in erfolgt. Ihre Selbstbestimmung im Sinne einer respektvollen Arbeit oder Unterstützung bei der Klärung Ihrer Fragen wird ebenfalls bewahrt.

Um Ihren Erfolg auf Ihrem Weg der Genesung, Ihrer Eigenprozesse und das Erreichen Ihrer Ziele positiv beizusteuern, ist Ihr persönlicher Einsatz, aber auch Ihre Motivation und Selbstverantwortung sowie eine positive Einstellung und Haltung sehr unterstützend und gewünscht.

Sie sind freiwillig und aus eigenem Antrieb in dieser Behandlung und bestimmen selbständig über den Inhalt und der gemeinsamen Arbeit.

Sie haben Kenntnis über die Kosten der Behandlung, über Versicherungsleistungen, welche über die Praxis-Webseite ersichtlich sind. Die Zahlung erfolgt bar, via Twint oder via Rechnung/ EZ inkl. Rückforderungsbeleg. Ihnen ist es bewusst, dass Sie vor Beginn der Behandlung mit Ihrer Zusatzversicherung abklären, ob die beabsichtigten Behandlungen von Ihrer Versicherung anerkannt werden. (Ab-, und Ausleitverfahren)

Ihnen ist es bewusst, dass Sie eine schulmedizinische Behandlung inkl. verordneten Medikamenten keinesfalls ohne Rücksprache mit Ihrem Arzt / Ärztin abrechnen.

Falls psychische Themen oder andere Psychosen vorhanden sind, kann eine Behandlung abgelehnt oder auch abgebrochen werden, da es allenfalls die Grenzen der Naturheilkundlichen Behandlung überschreitet.

Ihnen ist es bewusst, dass die Therapeutin bei möglichen Risiken eine Behandlung nicht ausführen wird. Auch in der Naturheilkunde gibt es Grenzen, die Therapeutin kann eine Behandlung ablehnen. Jede Behandlung sorgt für einen Impuls in Ihrem System, darum können immer Nebenwirkungen oder Erstreaktionen auftreten. Bitte beachten Sie, dass Sie nach einer Behandlung keine Anstrengungen haben, empfehlenswert ist möglichst Ruhe. Behandlungsziele oder einen Behandlungsplan werden gemeinsam festgelegt.

Ich werde Ihnen keinerlei Heilversprechen abgeben oder machen können.

Unsere gemeinsame Arbeit untersteht der Schweigepflicht. Ich werde keine Aussagen oder Angaben über Ihre Person oder Ihrer Behandlung weitergeben. Falls Informationen für eine Weiterleitung an eine andere Fachperson notwendig sind, werden diese nur mit Ihrer Zustimmung erfolgen.

Der Umgang mit Ihren Personendaten erfolgt gemäss der aktuellen Datenschutzbestimmungen. Sie haben sich unter [www.wurzel-chraft.ch](http://www.wurzel-chraft.ch) Datenschutz darüber informiert. Somit stimmen Sie der Bearbeitung Ihrer besonders schützenswerten Personendaten gemäss Datenschutzerklärung zu.

Sie haben die Erläuterungen zur Kenntnis genommen und bestätigen die Richtigkeit Ihrer Angaben.

Datum:

Unterschrift: