



**Erfassungsbogen zur energiemedinischen Diagnostik und Behandlung
einschließlich Akupunktur**

Name: _____ Akad. Titel: _____ GebDatum: _____

Vorname: _____ E-Mail: _____

Straße: _____ Tel.: _____

PLZ/Ort: _____ mobil: _____

Geschlecht: m / w Geburtsort: _____ Geburtsstunde: _____

bei Kindern: Erziehungsberechtigter zgl. Rechnungsempfänger: _____

Krankenkasse: () Privat () gesetzlich () Ausland Name der KrKasse: _____

() Rechtshänder

() Linkshänder

() umerzogener Linkshänder

() Ich habe bereits Erfahrung mit Akupunktur

() Schwangerschaft: ____ Woche

➤ Ich wünsche eine energiemedinische Behandlung für mich – für mein Kind – wegen:

➤ Ich habe den **Fragebogen zur Krankenvorgeschichte** nach besten Wissen ausgefüllt und habe hierzu keine – noch – Fragen.

➤ Die Beschwerden bestehen seit ca. _____

➤ Wegen der Beschwerden habe ich bereits nachstehende Fachärzte / Kliniken / Therapeuten konsultiert

_____ in _____ Jahr: _____

_____ in _____ Jahr: _____

_____ in _____ Jahr: _____

() Ich habe wegen der Beschwerden bereits Krankengymnastik bzw. manuelle oder osteopathische Therapie erhalten.

Die Kosten für die Behandlung werden auf der Grundlage der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) berechnet. Nach einer umfassenden Eingangsuntersuchung erhalte ich einen Kostenvoranschlag für die geplante Behandlung. Aufgrund der Vielzahl an Krankenkassen und deren individuellen Erstattungspraktiken muss selbst bei Privatkassen davon ausgegangen werden, dass energiemedinische Leistungen nicht erstattet werden.

() **Mir ist bekannt, dass ich für die Kosten selbst aufkommen muss und dass meine Krankenkasse die Kosten nicht bzw. nicht in vollem Umfang zurückerstattet.**

() **Ich habe das „Informationsblatt für Patientinnen und Patienten zum Datenschutz“ (s. Anlage) er halten.**

() **Hiermit erlaube ich Ihnen, mir Glückwünsche zum Geburtstag zukommen zu lassen.**

➔ Bitte wenden

Bitte lassen Sie mir zukünftig folgende Informationen und Angebote zukommen:

- Newsletter
- Geplante Studien und Anwendungsbeobachtungen zu energiemedizinischen Verfahren
- Informationen über Vorträge von Dr. Meißner (z.B. zu Buch "Mit Absicht Gesund")
- Seven Mountains Health (Events und Angebote). Ich bin damit einverstanden, dass die oben genannte E-Mail Adresse zum Zwecke der Kontaktaufnahme an die Seven Mountains Health GmbH weitergegeben wird.

Mit meiner Unterschrift stimme ich der Nutzung der von mir angegebenen Daten nach Art. 9 Absatz 2 (Verarbeitung von Gesundheitsdaten) in Verbindung mit Absatz 3 der Datenschutz-Grundverordnung sowie § 22 Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) zu. Mit der Weitergabe der personenbezogenen Daten an Labore und andere Ärzte sowie andere im „Informationsblatt für Patientinnen und Patienten zum Datenschutz“ aufgeführte Empfänger bin ich einverstanden.

Datum: _____

Unterschrift: _____
(bei Minderjährigen: Erziehungsberechtigte/r)