



## FRAGEBOGEN FÜR ERWACHSENE

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. Allfällige diagnostische Unterlagen von Ihrem Arzt ergänzen Ihre Informationen. Herzlichen Dank!

Name	Geburtsdatum
Adresse	PLZ/Ort
E-Mail	Telefon
Zivilstand	Beruf
Körpergrösse	Gewicht

### Hauptbeschwerden

---

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

### Geist und Gemüt

---

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

Welche Krankheiten / Operationen hatten Sie früher? (in chronologischer Reihenfolge)

Datum	Krankheiten/Operationen	Datum	Krankheiten/Operationen
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Eingenommene und gegenwärtig einzunehmende Medikamente (auch Hausmittel, Homöopathie, Pille):

Frühere Behandlungen und Therapien:

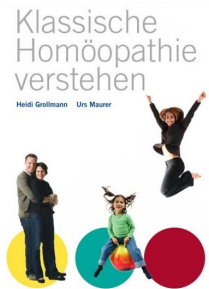
Welche Krankheiten haben oder hatten Ihre Eltern, Grosseltern, Urgrosseltern, Onkel, Tanten, Geschwister und Kinder? Woran sind diese evtl. gestorben und in welchem Alter? Achten Sie speziell auf folgenden Krankheiten:

**Asthma, Allergien, Heuschnupfen, Epilepsie, Haut-, Geschlechts-, Gemüts-, Herz-, Nieren-, Blasenkrankheiten, Rheuma, Arthrose, Gicht, Krampfadern, Krebs, Leukämie, Kropf, Tumore, Zysten, Myome, Nieren-, Gallensteine, Tuberkulose, Diabetes, Fehlgeburten, Alkohol- und Suchtprobleme, Fehlbildungen etc.**

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

## Allgemeine Informationen

Haben Sie Interesse daran, mehr über die Behandlungsmethode zu erfahren, empfehle ich Ihnen folgendes Buch zu lesen. Dieses Buch (ISBN 978-3-9521004-0-0) können Sie in einer Buchhandlung kaufen oder auf [www.groma.ch](http://www.groma.ch) für 19,00 CHF bestellen.



---

## 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.

---

## Termine

Meine Praxisorganisation gründet sich auf Terminabsprache. Sollte es Ihnen nicht möglich sein, einen Termin einzuhalten, so teilen Sie mir dies, bitte, spätestens zwei ganze Arbeitstage vorher mit, damit ich die reservierte Zeit für andere Patienten nutzen kann. Sollten Sie unentschuldig von einem Termin fernbleiben oder diesen zu spät absagen (weniger als 48 Stunden zuvor), wird die für Sie reservierte Zeit in Rechnung gestellt.

Mein Konsultationstarif beträgt Fr. 138.- pro Stunde und fallen für Konsultationen, Telefonate oder Whats App Beratungen und die Fallbearbeitung an. Alle Aufwände werden im Fünfminuten-Takt verrechnet.

---

## Krankenkassen und Kosten

Ich werde von allen Schweizer Krankenkassen durch die Zusatzversicherung (Komplementärmedizin) 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 138.- 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 (079-6257531) und ich werde Sie zurückrufen. Ausserhalb der Öffnungszeiten wird eine Pauschale von 20 Franken erhoben. 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 vom September 2023

Ich, die alternativmedizinische Praxis RUNDUM für klassische Homöopathie & Familie. Inhaberin, Ulrike Müller, Gotthardstrasse 14, 6460 Altdorf bestätige hiermit, mich an die folgenden Regeln gemäss Datenschutzgesetz und Datenschutzverordnung 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 etc.) zu finden sind. Dies können allgemeine Daten zu Ihrer Person (Name, Anschrift, Telefonnummer usw.), Angaben zu Ihrer Gesundheit/zum Krankheitsverlauf, bereits gestellte Diagnosen und gegebenenfalls weitere Daten sein, welche Sie mir aufgrund der Behandlung übermittelt haben (Patientendossiers).

Gesammelt, gespeichert und bearbeitet werden diese Daten ausschliesslich in Ihrem Patient\*innendossier, resp. in dem für die Administration notwendigen Dossier, insbesondere in der für die Fakturierung gemäss Tarif 590 notwendigen Praxissoftware. Betreue ich Sie als freipraktizierende Hebamme verwende ich die Praxissoftware mooncare. In 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 gegenwärtige oder ehemalige 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.

Naturheilpraktikerin mit eidgenössischem Diplom in Homöopathie und diplomierte Hebamme Ulrike Müller

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

---

**Ort / Datum:**

**Unterschrift:**