



Christina Stark-Steffens Heilpraktikerin Bergstraße 79 23669 Timmendorfer Strand 04503 -7945091

## Ich will JETZT! mit dem Rauchen aufhören Fragebogen 😊

Herzlichen Glückwunsch zu Ihrem Entschluss!

Wir möchten Sie gerne optimal und zu Ihrer vollsten Zufriedenheit beraten, und behandeln.

Um Ihre Raucherentwöhnung erfolgreich auszuführen, benötigen wir neben Ihren Personalien und der Datenschutzerklärung Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand.

Selbstverständlich behandeln wir Ihre Daten ganz vertraulich. Ihre Angaben dienen ausschließlich der Beratung und der Behandlung mit Fumarexin® und unterstützenden Maßnahmen.

Wir weisen darauf hin, dass Sie Ihre Beratungs-/Behandlungskosten grundsätzlich selbst tragen müssen. Fragen Sie gerne bei Ihrer Krankenkasse, ob Sie Ihnen auf dem Weg zum Nichtraucher werden, entgegenkommt.

Name, Vorname:

---

Geburtsdatum, -Ort:

---

Anschrift:

---

Telefon privat /Mobil:

---

Mail:

---

Versicherung:  gesetzlich  privat  Heilpraktiker Zusatzversicherung  
(nichtzutreffendes bitte streichen)

Liegen aktuelle Aktuelle Beschwerden vor? Wenn ja, seit wann und welche:

---

Bestehen Allergien?: Wenn ja, welche?

---

Hatten Sie vor kurzem eine Operation, Herzinfarkt oder Schlaganfall?

---

Nehmen Sie Blutverdünner ein ? Wenn ja welche, Dosierung:

---

1

[www.mitomedical.de](http://www.mitomedical.de)  
[praxis@mitomedical.de](mailto:praxis@mitomedical.de)

Das Beste. Sonst nichts.



Christina Stark-Steffens Heilpraktikerin Bergstraße 79 23669 Timmendorfer Strand 04503 -7945091

Unter welchen chronischen Beschwerden (inkl. Autoimmunkrankheiten) leiden Sie und seit wann?

---

Welche Medikamente (inkl. Immunsuppressiva / Chemotherapeutika) oder Nährstoffpräparate nehmen Sie zurzeit ein? Name, Dosierung:

---

Haben Sie in der Vergangenheit Antibiotika eingenommen? Wenn ja, welche, wann zuletzt?

---

Besteht eine Schwangerschaft?

Ja  Nein  Ich bin mir nicht sicher

**Zigarettenkonsum:**

Ich rauche seit:

Zigaretten pro Tag:

---

Ich bestätige alle Angaben richtig gemacht zu haben, und erkläre mich mit der vereinbarten Beratung und Behandlung einverstanden. **Die Kosten der Raucherentwöhnung von € 220,00 trage ich selbst.**

Sollte Sie Ihren Termin nicht wahrnehmen können, sagen Sie bitte Ihren Termin 48 Std. vorher ab. Nicht rechtzeitig abgesagte Termin werden mit € 60,00 und Terminversäumnisse mit € 120,00 berechnet. Vielen Dank für Ihr Verständnis.

Ort, Datum

Unterschrift

---

Christina Stark-Steffens Heilpraktikerin Bergstraße 79  
23669 Timmendorfer Strand fon: 04503-7945091 [praxis@mitomedical.de](mailto:praxis@mitomedical.de)

### Datenschutzrechtliche Einwilligung in die Verarbeitung personenbezogener Daten

Hiermit erteile ich

Vorname: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

meine **Einwilligung** in die Verarbeitung meiner Gesundheitsdaten im Zusammenhang mit meiner Behandlung in der Praxis der/des datenschutzrechtlich verantwortlichen Heilpraktikerin/Heilpraktikers:

MitoMedical Center, Christina Stark-Steffens, Heilpraktikerin  
Bergstraße 79, 23669 Timmendorfer Strand

---

Hiermit **bestätige** ich Folgendes:

- Ich bin darauf hingewiesen worden, dass die Verarbeitung meiner Daten zum Zweck der Medizinischen Behandlung (Anamnese, Befunderhebung, Diagnose, Therapie, Nachsorge etc.) sowie aufgrund des zugrunde liegenden Behandlungsvertrags 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 den Verantwortlichen erfolgen.
- Den Inhalt der abgedruckten Widerrufsbelehrung habe ich vor Erteilung der Einwilligung zur Kenntnis genommen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum Unterschrift der/des Patientin/Patienten

### 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 den Verantwortlichen grundsätzlich nicht mehr möglich. Die Einwilligung kann mündlich oder schriftlich widerrufen werden. Der Widerruf ist zu richten an:

MitoMedical Center, Christina Stark-Steffens, Heilpraktikerin  
Bergstraße 79, 23669 Timmendorfer Strand

Christina Stark-Steffens Heilpraktikerin Bergstraße 79  
23669 Timmendorfer Strand fon: 04503-7945091 [praxis@mitomedical.de](mailto:praxis@mitomedical.de)

### Datenschutzrechtliche Einwilligung in die Verarbeitung personenbezogener Daten

Hiermit erteile ich

Vorname: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

meine **Einwilligung** in die Verarbeitung meiner Gesundheitsdaten im Zusammenhang mit meiner Behandlung in der Praxis der/des datenschutzrechtlich verantwortlichen Heilpraktikerin/Heilpraktikers:

MitoMedical Center, Christina Stark-Steffens, Heilpraktikerin  
Bergstraße 79, 23669 Timmendorfer Strand

---

Hiermit **bestätige** ich Folgendes:

- Ich bin darauf hingewiesen worden, dass die Verarbeitung meiner Daten zum Zweck der Medizinischen Behandlung (Anamnese, Befunderhebung, Diagnose, Therapie, Nachsorge etc.) sowie aufgrund des zugrunde liegenden Behandlungsvertrags 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 den Verantwortlichen erfolgen.
- Den Inhalt der abgedruckten Widerrufsbelehrung habe ich vor Erteilung der Einwilligung zur Kenntnis genommen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum Unterschrift der/des Patientin/Patienten

### 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 den Verantwortlichen grundsätzlich nicht mehr möglich. Die Einwilligung kann mündlich oder schriftlich widerrufen werden. Der Widerruf ist zu richten an:

MitoMedical Center, Christina Stark-Steffens, Heilpraktikerin  
Bergstraße 79, 23669 Timmendorfer Strand