

Anamnesebogen

Persönliche Daten:

Name: _____ Vorname: _____ Geb.: ____/____/____

Straße: _____ PLZ: _____ Ort: _____

Größe: _____ Gewicht: _____ weiblich männlich Beruf: _____

Telefon: _____ Mobil Nr.: _____

E-Mail: _____

Krankenversicherung: _____ Beihilfe Zusatzversicherung

Kinder: ja nein Name & Alter des/der Kindes/er: _____

Bei Minderjährigen, bitte zusätzliche Angaben des Erziehungsberechtigten:

Name: _____ Vorname: _____ Geb.: ____/____/____

Warum ist dieses Formular so wichtig?

In unserer Praxis für Chiropraktik richten wir unseren Fokus auf Ihre persönliche Gesundheit. Das Ziel ist es, uns zunächst mit dem Grund Ihres Besuches genauer zu befassen, um Ihnen dann dabei behilflich zu sein, Ihre Gesundheit zu verbessern. Täglich erfahren wir physischen, chemischen oder emotionalen Stress, der sich anhäufen und über einen längeren Zeitraum mit einem Verlust an Gesundheit einhergehen kann, ohne dass wir es bewusst merken müssen. Die Beantwortung der folgenden Fragen gibt uns ein Bild Ihres spezifischen Stresses während Ihres Lebens und hilft uns, Ihr gesundheitliches Potential besser abschätzen zu können.

Allgemeine Angaben:

Art der Tätigkeit: Sie sitzen viel Stehen viel Arbeiten körperlich

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden? _____

Waren Sie schon einmal in chiropraktischer Behandlung? Nein Ja, zuletzt am ____/____/____

bei _____

Sind Sie momentan in ärztlicher Behandlung?

Nein Ja, wegen _____

Bitte beantworten Sie diese Fragen nach bestem Wissen:

Welche nennenswerten Krankheiten hatten Sie in den letzten 5 Jahren? An welchen Krankheiten leiden Sie chronisch?

Sie sind schon immer gesund gewesen

Sie haben/hatten (wo und wann?)

Unfälle/Stürze: _____

Operationen: _____

Krebserkrankungen: _____

Allergien/Unverträglichkeiten: _____

Schuhelagen: Nein Ja, links Ja, rechts Absatzerhöhung Zahnspangen/Retainer

Sonstiges: _____

Aktueller Gesundheitszustand:

Sie haben keine Beschwerden und sind aus vorsorglichen Gründen in der Praxis.

Warum sind Sie heute in unserer Praxis? : _____

Seit wann haben Sie dieses Problem?

Tagen Wochen Monaten Jahren Schon immer

Seitdem das Problem angefangen hat, ist es:

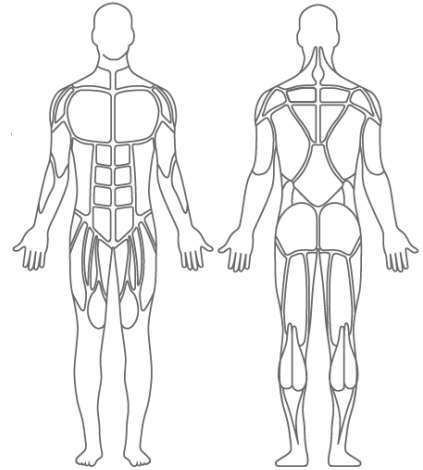
gleich geblieben besser geworden schlechter geworden

Ihr Problem verschlimmert sich, wenn: _____

Problem verbessert sich, wenn: _____

Ihr Problem beeinträchtigt Sie beim:

Arbeiten Schlafen Sitzen Laufen Entspannen



Bitte markieren Sie
Ihre Problemzonen

Haben Sie andere Therapeuten wegen dieses Problems aufgesucht? Nein Ja

Haben Voruntersuchungen stattgefunden? (Röntgen, CT, MRT, Orthopäde...): _____

Frühere Therapien für dieses Problem: _____

Hier finden Sie sich wieder:

- | | | | |
|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen | <input type="checkbox"/> Ohrgeräusch | <input type="checkbox"/> Blutdruckprobleme | <input type="checkbox"/> Gelenkprobleme |
| <input type="checkbox"/> Migräne | <input type="checkbox"/> Schwindel | <input type="checkbox"/> Magengeschwüre | <input type="checkbox"/> Schulterschmerzen |
| <input type="checkbox"/> Gedächtnisverlust | <input type="checkbox"/> Nasenbluten | <input type="checkbox"/> Übermäßiges Schwitzen | <input type="checkbox"/> Rückenschmerzen |
| <input type="checkbox"/> Benommenheit | <input type="checkbox"/> Kiefergelenkprobleme | <input type="checkbox"/> Schwaches Immunsystem | <input type="checkbox"/> Muskelprobleme |
| <input type="checkbox"/> Ohnmachtsanfälle | <input type="checkbox"/> Nebenhöhlenprobleme | <input type="checkbox"/> Blasenleiden | <input type="checkbox"/> Veränderte Essgewohnheiten |
| <input type="checkbox"/> Lichtempfindlichkeit | <input type="checkbox"/> Zahnprobleme | <input type="checkbox"/> Appetitverlust | <input type="checkbox"/> Veränderte Stuhlgewohnheiten |
| <input type="checkbox"/> Augenzucken | <input type="checkbox"/> Tote Zähne | <input type="checkbox"/> Gewichtsprobleme | <input type="checkbox"/> Hautprobleme |
| <input type="checkbox"/> Unscharfes Sehen | <input type="checkbox"/> Schlaflosigkeit | <input type="checkbox"/> Verdauungsprobleme | <input type="checkbox"/> Schleudertrauma |
| <input type="checkbox"/> Doppelbilder sehen | <input type="checkbox"/> Gemütsleiden | <input type="checkbox"/> Sodbrennen | <input type="checkbox"/> Häufige Blockierungen |
| <input type="checkbox"/> Sehstörungen | <input type="checkbox"/> Ängste | <input type="checkbox"/> Menstruationsbeschwerden | <input type="checkbox"/> Osteoporose |
| <input type="checkbox"/> Gleichgewichtsstörung | <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Wechseljahrsbeschwerden | <input type="checkbox"/> Herpes, Epstein-Barr-Virus |
| <input type="checkbox"/> Geschmacksstörung | <input type="checkbox"/> Kurzatmigkeit | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenprobleme | <input type="checkbox"/> Tuberculose |
| <input type="checkbox"/> Geruchsstörung | <input type="checkbox"/> Knochenprobleme | <input type="checkbox"/> Konzentrationsschwierigkeiten | |

Das Alltägliche:

Schlafstunden: ____ Std./Nacht Koffein: ____ Tassen/Tag Wasser/Flüssigkeit: ____ l/Tag Zigaretten: ____ /Tag Alkohol: ____ Gläser/Woche Ernährung: ____ Mahlzeiten/Tag Sport: ____ Std./Woche Sportart: _____ Schwangerschaft: ____ Woche	Auf einer Skala von 1 – 6 (1=sehr gut / 6=ungenügend) beschreiben Sie bitte Ihren momentanen Zustand: ____ Sport / Bewegung ____ Trinken / Essen ____ Emotionale Ausgeglichenheit / Stress ____ Entspannung / Schlaf Auf einer Skala von 1 – 6 beschreiben Sie bitte Ihr Stresslevel: (1=keiner / 6=extrem) ____ Beruflich ____ Privat
---	--

Liebe Patientin/ Lieber Patient,

die in unserer Praxis durchgeführten Diagnose- und Therapieverfahren sind ausschließlich sanfte amerikanische Techniken. Dennoch sind wir vom Gesetzgeber dazu verpflichtet, Sie über Gefahren von chiropraktischen Maßnahmen aufzuklären. Im Folgenden finden Sie zwei relevante Urteile deutscher Gerichte. Bitte nehmen Sie sich noch zwei Minuten Zeit.

1. Urteil des Oberlandesgerichts Düsseldorf (vom 08.07.1993, Zeichen 302/91)

„Über eventuelle Gefahren chiropraktischer Maßnahmen ist aufzuklären.

In diesem Urteil wird verlangt, dass der Patient über das Risiko aufgeklärt werden muss, dass es in seltenen Fällen, trotz korrekter Durchführung der Manipulation an der Halswirbelsäule, zu dauerhaften Durchblutungsstörungen des Kopfes kommen kann.“

2. Urteil des Oberlandesgerichts Stuttgart (vom 20.02.1997, Zeichen 14 U 44/96)

„Ein Heilbehandler (Arzt, Heilpraktiker, Physiotherapeut) darf sich vor chirotherapeutischen Eingriffen nicht auf den Hinweis beschränken, dass es im Anschluss an die Behandlung auch zu einer Verschlechterung der Beschwerden kommen könne. Vielmehr ist ein durch einen Bandscheibenvorfall vorgeschädigter Patient darüber in Kenntnis zu setzen, dass es auch bei fehlerfreier Durchführung beim Eingriff zu einer Verlagerung von Bandscheibengewebe und in der Folge zu einer spinalen Wurzelkompression kommen kann. Dieser Hinweis ist zur Wahrung des Selbstbestimmungsrechts des Patienten dringend geboten, wenn ein Erfolg durch die Chirotherapie ungewiss ist, dem Heilbehandler bekannt ist, dass es dem Patienten darauf ankommt, eine Bandscheibenoperation zu vermeiden.“

Nachfolgend möchten wir kurz auf Ihre Versicherung eingehen:

Die Bezahlung erfolgt nach der Behandlung und kann in Bar oder mit Karte beglichen werden. Fragen Sie eventuell bei Ihrer Krankenversicherung nach, ob Sie eine Zusatzversicherung abschließen können, die die Kosten für Heilpraktikerleistungen vollständig bzw. anteilig übernimmt. Sie erhalten eine Rechnung laut GebüH (Gebührenordnung für Heilpraktiker), die nach der Behandlung erstellt und mitgegeben wird. Falls Sie privat oder zusatzversichert sind, können Sie diese Ihrer Kasse einreichen.

Vielen Dank für Ihr Verständnis und Vertrauen, Ihre Rhein Chiropraxis – Praxisgemeinschaft A. Le Treut D.C. und M. Marzano D.C.

Einverständniserklärung:

Ich wurde über eventuelle Risiken und Nebenwirkungen der durchgeführten Maßnahmen ausführlich in Kenntnis gesetzt und erkläre mich damit einverstanden. Werden evtl. bereits von Ärzten vorgeschlagene Operationen oder Behandlungen abgelehnt oder aufgeschoben, so erfolgt dies ausschließlich in meiner eigenen Verantwortung.

Weiterhin bin ich damit einverstanden, dass ich eine Ausfallpauschale in Höhe von 25,00 € bezahle, wenn ich zu einem vereinbarten Termin nicht erscheine, ohne 24 Stunden vorher telefonisch oder schriftlich abgesagt zu haben.

Ich sehe mich im Stande, die anfallenden Kosten bzw. das Praxishonorar selbst zu bezahlen und bin unmittelbar zahlungspflichtiger Vertragspartner der Rhein Chiropraxis – Praxisgemeinschaft A. Le Treut D.C. und M. Marzano D.C.

Ferner bestätige ich die Richtigkeit der gemachten Angaben.

Bonn ____/____/____

Unterschrift _____

(Bei Minderjährigen bitte Unterschrift des Erziehungsberechtigten)

Datenschutzrechtliche Einwilligung in die Verarbeitung personenbezogener Daten

Hiermit erteile ich meine Einwilligung in die Verarbeitung meiner Gesundheitsdaten im Zusammenhang mit meiner Behandlung in der Rhein Chiropraxis.

Ich bestätige:

- Dass mir die zur sachgerechten Information erforderlichen Angaben vor der Datenerhebung von der behandelnden Person mitgeteilt wurden.
- Dass ich darauf hingewiesen worden bin, dass die Verarbeitung der Daten zum Zweck der medizinischen Behandlung sowie aufgrund des zugrunde liegenden Behandlungsvertrags erforderlich sind.
- Dass ich weiters darauf hingewiesen worden bin, dass die Einwilligung die Verarbeitung sensibler Daten (Gesundheitsdaten) gem. Art 9 DSGVO umfasst.
- 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 erfolgen.
- Den Inhalt der abgedruckten Widerrufsbelehrung habe ich vor Erteilung der Einwilligung zur Kenntnis genommen.

Bei Minderjährigen - Hiermit erteile ich _____ als Erziehungsberechtigter meine Einwilligung in die Verarbeitung der Gesundheitsdaten im Zusammenhang mit der Behandlung dieses Kindes in der Rhein Chiropraxis

Bonn ___/___/_____ Unterschrift _____

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.

Patienteninformationen zu Doctolib

Für die optimale Terminverwaltung setzen wir das Terminmanagementsystem von Doctolib ein. Doctolib bietet uns einerseits ein modernes Kalendersystem und andererseits unseren Patienten die Möglichkeit, auf der Seite <https://www.doctolib.de/> mit uns Termine online zu vereinbaren. Die Doctolib GmbH (Wilhelmstr. 118, Aufgang C, 10963 Berlin) wird für uns als sog. Auftragsverarbeiter tätig.

Für die online-Terminbuchung gelten die Datenschutzbestimmungen, die auf der Webseite doctolib.de verfügbar sind. Auch für Patienten ohne Nutzerkonto auf doctolib.de setzen wir das Doctolib Kalendersystem ein, um alle Termine einheitlich zu verwalten und uns in erster Linie auf unsere Patienten zu konzentrieren. Doctolib verarbeitet sämtliche Daten nach allen geltenden Datenschutzvorschriften und wendet höchste Sicherheitsstandards an.

Für die Terminvereinbarung werden folgende Daten in den Doctolib Kalender eingetragen: Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift, Telefonnummer, E-Mail Adresse, Hausarzt, Krankenkassenstatus, überweisender Arzt, Besuchsgrund und Terminhistorie. Doctolib selbst hat keine Einsicht darüber, bei welchem Arzt Sie behandelt werden. Diese Information hat nur Ihr Arzt selbst.

Ihre Daten werden für die Zwecke der Terminverwaltung erfasst, so wie es auch bisher bei uns der Fall war. Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten sind Art. 6 I b) DSGVO (der Behandlungsauftrag, den Sie uns erteilen), Art. 6 I a) DSGVO (Einwilligung für Terminerinnerungen per SMS und E-Mail) und Art. 9 II h) DSGVO (die Zwecke der Gesundheitsvorsorge).

Es erfolgt keine Weiterleitung der Daten durch Doctolib an kommerzielle Anbieter. Doctolib ist genau wie Ihr Arzt an die Schweigepflicht gebunden. Eine Entbindung von der Schweigepflicht ist nicht erforderlich.

Gemäß der DSGVO steht Ihnen jederzeit das Recht auf Auskunft, Berichtigung, Datenübertragung, Löschung oder Sperrung Ihrer Daten zu. Sie können, sofern einschlägig, der Verarbeitung widersprechen oder eine etwaige Einwilligung widerrufen. Sie haben außerdem das Recht, sich bei einer zuständigen Aufsichtsbehörde zu beschweren.

Einwilligung zu Terminerinnerungen per SMS und/oder E-Mail

Um Terminausfälle zu vermindern, möchten wir Sie mittels des Doctolib Kalendersystems per SMS und/oder E-Mail an Ihren Termin erinnern. Bitte bestätigen Sie mit Ihrer Unterschrift, dass Sie hiermit einverstanden sind. Wenn Sie keine Erinnerungen mehr erhalten möchten, teilen Sie uns das jederzeit mit und wir stellen die Erinnerungen wieder aus.

Name: _____

Datum : _____

Ja, ich möchte Terminerinnerungen erhalten.

Nein, ich möchte keine Terminerinnerungen erhalten.

Unterschrift: _____