

NATUR – UND SPORTHEILPRAXIS CARLA BAUER

Ganzheitliche Behandlung von Erkrankungen des Bewegungsapparates

Heilpraktikerin

Patientenformular / Anamnesebogen

Name: _____ Vorname: _____

Geb. Datum: _____

Straße: _____

PLZ/ Ort: _____

Telefon/ Privat: _____

Mobil: _____

Email: _____

Bitte ankreuzen:

- Zusatzversicherung für Heilpraktiker
- Private Krankenkasse
- Beihilfe
- Selbstzahlerleistung

Meine Leistungen werden ggf. nicht bzw. nicht in vollem Umfang von den Krankenkassen übernommen. Somit weise ich darauf hin, dass der Patient, unabhängig davon, die Leistungen in vollem Umfang zu tragen hat.

Wie sind sie auf meine Praxis aufmerksam geworden? Empfehlung durch: _____

___Arzt, ___ Familie, ___Bekannte(r), ___Zeitung, ___ Internet, ___ Praxisschild, ___ Sonstiges

Angaben zur Person

-Körpergröße: _____

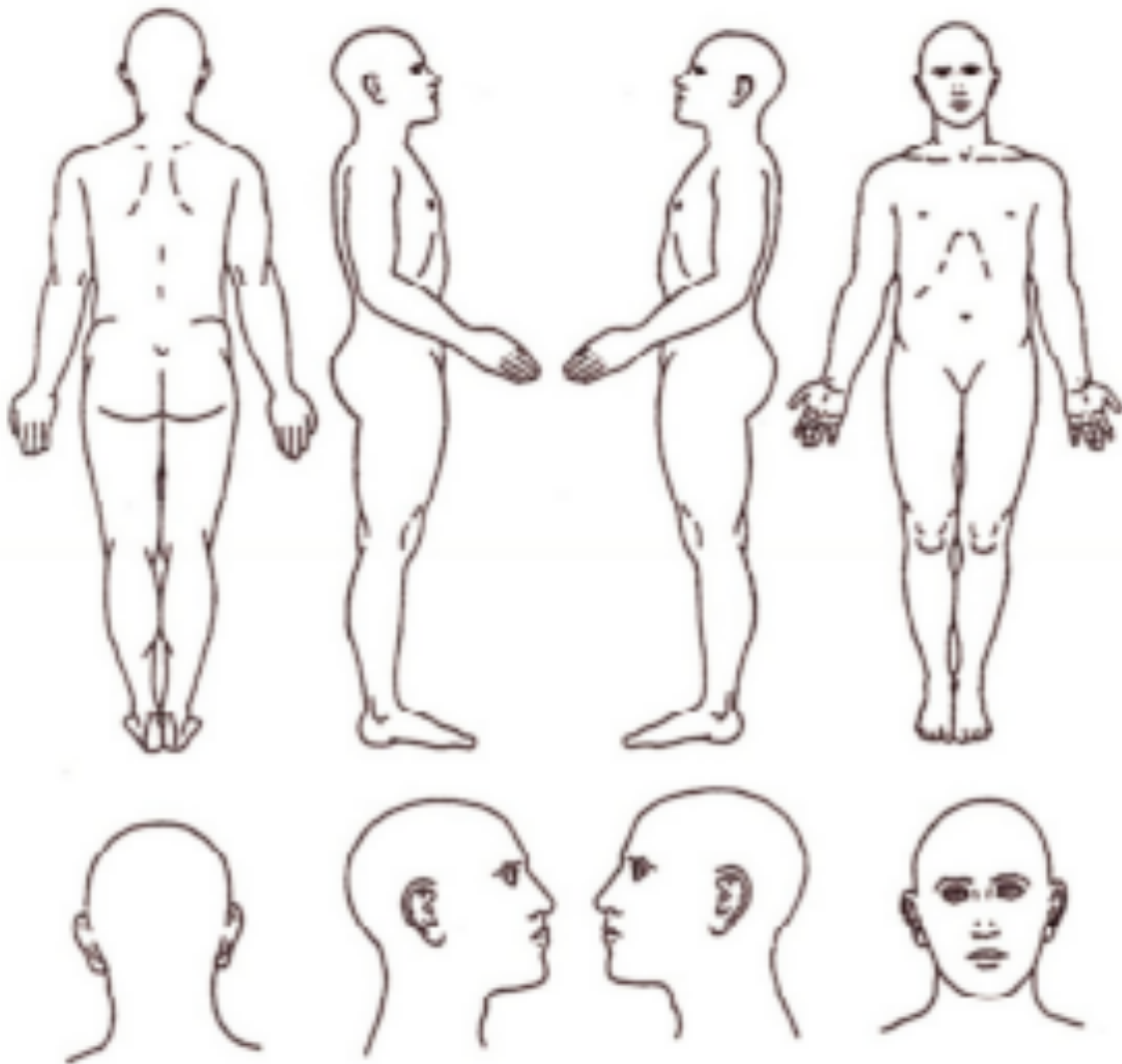
-Gewicht: _____

-Familienstand: _____

-Beruf: _____

-Welche Beschwerden führen Sie in meine Praxis?

Bitte malen Sie in die nachfolgenden Körperschemata ein, an welchem Körperteil Ihre Schmerzen auftreten.



Bitte kreisen sie den/die Ort(e) ihrer Schmerzen ein und markieren sie diese mit folgenden Zahlen:

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
keine Schmerzen stärkste vorstellbare Schmerz

-Werden die Beschwerden/ Schmerzen durch Bewegung

___ besser, ___ schlechter, ___ kein Einfluss

-Treten die Schmerzen ___ in Ruhe, ___ nachts, ___ tags, ___ Wärme, ___ Kälte auf?

-Werden die Schmerzen durch Wetteränderung beeinflusst? ___ ja, ___ nein

-Was wurde bisher unternommen und welche Untersuchungsverfahren wurden bis jetzt eingesetzt?

-Gibt es aktuelle Röntgenbilder oder Ergebnisse von Blutuntersuchungen von ihnen?

_____ ja / _____ nein

-Wer ist ihr Hausarzt? _____

-Wer ist ihr Orthopäde? _____

-Bei welchen Therapeuten waren sie auf Grund ihrer Beschwerden vorher?

-Haben sie Allergien? _____ ja / _____ nein (wenn ja, welche?)

- Gräser / Pollen _____
- Nahrungsmittel _____
- Bienen-/Wespen-/ Insektenstiche _____
- Kontaktallergien _____
- Sonstige _____

-Welche Operationen wurden bisher bei ihnen durchgeführt und wann?

-Sind sie Raucher/ in? _____ ja, _____ nein

-Trinken Sie mehr als 2x/ Woche Alkohol? _____ ja, _____ nein

-Leiden oder litten sie unter einer oder mehrerer der folgenden Erkrankungen?

Zutreffendes bitte ankreuzen.

- Herz- Kreislauferkrankungen (z.B. Herzinfarkt): ___ja/ ___nein. Seit wann_____
- Bluthochdruck/ Schlaganfall: ___ja/ ___nein. Seit wann_____
- Haben sie Hepatitis A/ B oder C: ___ja/ ___nein. Seit wann_____
- Immunschwäche /akute Infektionskrankheiten: ___ja/ ___nein. Seit wann_____
- Welche:_____
- Lungenerkrankungen /Asthma: ___ja/ ___nein. Seit wann_____
- Nephrologische Erkrankungen (Nierenerkrankungen): ___ja/ ___nein. Seit wann_____
- Seelische Erkrankungen: ___ja/ ___nein. Seit wann_____
- Diabetis Typ 1 oder 2: ___ja/ ___nein. Seit wann_____
- Krebserkrankungen : ___ja/ ___nein. Seit wann_____
- Welche:_____
- Schilddrüsenerkrankungen : ___ja/ ___nein. Seit wann_____
- Bluterkrankungen (z.B. Hämophilie, Anämie): ___ja/ ___nein. Seit wann_____
- Welche:_____
- Häufiges Nasenbluten, Blutergüsse, auch ohne Verletzung bzw. nach leichter Berührung, Gerinnungsstörung : ___ja/ ___nein. Seit wann_____
- Erkrankungen des Verdauungssystems: ___ja/ ___nein. Seit wann_____
- Welche:_____
- Magengeschwür, evtl. blutend: ___ja/ ___nein. Seit wann_____
- Rheumatische Erkrankungen: ___ja/ ___nein. Seit wann_____
- Welche:_____
- Erkrankungen des Bewegungsapparates: ___ja/ ___nein. Seit wann_____
- Welche:_____
- Erkrankungen der Wirbelsäule(z.B. Gleitwirbel, Bandscheibenvorfall):
___ja/ ___nein. Seit wann_____
- Welche:_____
- Hauterkrankungen: ___ja/ ___nein. Seit wann_____
- Keloidbildung/überschießendes Narbengewebe: ___ja/ ___nein. Seit wann_____
- Osteoporose: ___ja/ ___nein. Seit wann_____
- Bindegewebserkrankungen(z.B.Ehlers-Danlos-Syndrom, Marfan-Syndrom, fibromuskuläre Dysplasie)? ___ja/ ___nein. Seit wann_____
- Gefäße: Krampfadern, Thrombosen, Durchblutungsstörungen? ___ja/ ___nein.

-Tritt/trat eine dieser Erkrankungen (gehäuft) in ihrer Verwandtschaft auf? ___ja/ ___nein.

Wenn Ja,welche:_____

-Vegetative Anamnese (Lebensführung)

- Haben Sie Appetit? ___ja ___nein
- Durst - trinken Sie genug Wasser ___ja ___nein, wie viel L___
- Gewichtsveränderung ___ja ___nein
- Normales Stuhlgang ___ja ___nein
- Normales Wasserlassen ___ja ___nein
- Schlaf (Stunden / Nacht)? _____
- Stress ___ja ___nein

-Freizeitaktivitäten, welche _____

-Welche Medikamente nehmen sie zurzeit ein?

(Bitte führen Sie nicht nur Ihre Schmerzmedikamente, sondern alle Medikamente incl. Naturheilmittel auf. Wichtig sind auch Blutverdünner wie Marcumar, ASS... o.Ä).

Name/Dosierung	Art (Zäpfchen;Tropfen, Tabletten....)	Wie oft? (täglich,bei Bedarf...)	Zeitraum von____bis____

-Was erwarten Sie von einer Behandlung bei mir?

Mir ist bekannt, dass ich Termine 24 Stunden vorher absagen muss, da unentschuldigt nicht wahrgenommene oder nicht rechtzeitig abgesagte Termine privat in Rechnung gestellt werden können.

Zudem bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben und bin darüber informiert, Änderungen dieser zeitnah mitzuteilen.

 Ort/Datum

 Unterschrift

Vielen Dank, dass sie sich für die Beantwortung der Fragen Zeit genommen haben!

Ihre Natur-und Sportheilpraxis Carla Bauer

Siehe Anhang: Datenschutzerklärung !

Datenschutzinformation und Einwilligungserklärung in die Datenverarbeitung

Bevorzugte Kontaktaufnahme:.....
.....

In unserer Praxis werden während Ihrer Behandlung personenbezogene vertrauliche Daten erhoben. Immer schon unterliegen alle Therapeuten und Mitarbeiter in unserer Praxis einer strengen Schweigepflicht. Nach dem jetzt in Kraft getretenen neuen Datenschutzrecht (EU-Datenschutz-Grundverordnung und Bundesdatenschutzgesetz) sind wir verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck unsere Praxis Daten erhebt, speichert oder weiterleitet. Der Information können Sie auch entnehmen, welche Rechte Sie beim Datenschutz haben. Ferner ist Ihre ausdrückliche Einwilligung in die Datenerhebung erforderlich.

1. VERANTWORTLICHKEIT FÜR DIE DATENVERARBEITUNG

Verantwortlich für die Datenverarbeitung ist:

Natur-und Sportheilpraxis
Carla Bauer
Am Hilgenberg 69
Telefon: 0561/6027130

In unserem Bundesland ist in allen Datenschutzangelegenheiten Ansprechpartner:

Prof. Dr. Michael Ronellenfisch
-Vorzimmer -
Frau Treisbach

Postfach 3163
65021 Wiesbaden

Telefon: +49 611 1408 - 121
Telefax: +49 611 1408 - 921

2. ZWECK DER DATENVERARBEITUNG

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und Ihrem Heilpraktiker und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen.

Hierzu verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Ihre Gesundheitsdaten. Dazu zählen Anamnesen, Diagnosen, Therapievorschläge und Befunde, die wir oder andere Heilpraktiker erheben. Zu diesen Zwecken können uns auch andere Heilpraktiker, Ärzte oder Psychologische Psychotherapeuten, bei denen Sie in Behandlung sind, Daten zur Verfügung stellen (z. B. in Therapeutenbriefen), wenn Sie sie von ihrer Schweigepflicht entbunden haben.

Die Erhebung von Gesundheitsdaten ist Voraussetzung für Ihre Behandlung. Werden die notwendigen Informationen nicht bereitgestellt, kann eine sorgfältige Behandlung nicht erfolgen.

3. WEITERGABE IHRER DATEN AN DRITTE

Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte (z. B. ein Labor), wenn Sie eingewilligt haben.

4. SPEICHERUNG IHRER DATEN

Wir bewahren Ihre personenbezogenen Daten nur solange auf, wie dies für die Durchführung der Behandlung erforderlich ist. Nach rechtlichen Vorgaben sind wir dazu verpflichtet, diese Daten mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren.

5. EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG

Durch Ihre Unterschrift erklären Sie sich ausdrücklich mit der für Ihre Behandlung notwendigen Erhebung und Speicherung persönlicher Daten einverstanden.

Sie haben das Recht, diese Einwilligung jederzeit zu widerrufen, jedoch wirkt ein Widerruf nur für die Zukunft, da nach gesetzlichen Bestimmungen eine Dokumentation Ihrer Behandlungsdaten zwingend vorgeschrieben ist. Nach Widerruf dieser Einwilligungserklärung ist allerdings eine weitere Behandlung nicht mehr möglich.

6. WEITERE EINWILLIGUNGSERKLÄRUNGEN (bitte ankreuzen)

- Einverständnis Ihrer Behandlungsabrechnung per E-Mail oder auf anderem Weg zugesendet zu bekommen.
- Einverständnis per E-Mail oder auf anderem Wege, Patienteninformationen zugesendet zu bekommen.
- Einverständnis, Einladungen zu Praxisveranstaltungen oder anderen Veranstaltungen per E-Mail oder auf anderem Wege zugesendet zu bekommen.
- Einverständnis, Weihnachts-, Oster- oder Geburtstagskarten per E-Mail oder auf anderem Wege zugesendet zu bekommen.
- Einverständnis, Erinnerungen für Gesundheitschecks, Termine o.Ä. per E-Mail oder auf anderem Wege zugesendet zu bekommen.
- Einverständnis, Behandlungsbilder auf meiner Homepage / sozialen Medien Anonymisiert /nicht anonymisiert zu veröffentlichen.

7. IHRE RECHTE

Sie haben das Recht, über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten Auskunft zu erhalten. Auch können Sie die Berichtigung unrichtiger Daten verlangen.

Darüber hinaus steht Ihnen unter bestimmten Voraussetzungen das Recht auf Löschung von Daten, das Recht auf Einschränkung der Datenverarbeitung sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit zu.

Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt auf Basis von gesetzlichen Regelungen. Nur in Ausnahmefällen benötigen wir Ihr Einverständnis. In diesen Fällen haben Sie das Recht, die Einwilligung für die zukünftige Verarbeitung zu widerrufen.

Sie haben ferner das Recht, sich bei der zuständigen Aufsichtsbehörde für den Datenschutz zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt.

Die Anschrift des für unsere Praxis zuständigen Datenschutzbeauftragten/Aufsichts-behörde können Sie oben Nr. 1. entnehmen.

8. RECHTLICHE GRUNDLAGEN

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist Artikel 9 Absatz 2 lit. h) DS-GVO in Verbindung mit § 22 Absatz 1 Nr. 1 lit. b) Bundesdatenschutzgesetz. Sollten Sie Fragen haben, können Sie sich jederzeit an uns wenden.

(Ort, Datum)

.....
Unterschrift Patient