



Liebe Patientin, lieber Patient

ich heiÙe Dich in unserer Praxis herzlich Willkommen!

Bitte nimm Dir einige Minuten Zeit, um den Anamnesebogen auszufüllen.

Das Formelle zuerst ...

Vorname: _____ Name: _____

StraÙe: _____ PLZ: _____ Ort: _____

Telefon privat: _____ Telefon geschäftlich: _____

Mobiltelefon: _____ E-mail: _____

Geburtsdatum: _____

Krankenversicherung:

gesetzlich versichert bei: _____

privat versichert bei: _____

Zusatzversicherung für Heilpraktiker, bei: _____

Beruf: _____ ich sitze viel ich stehe viel ich arbeite körperlich

ich lebe in Partnerschaft Kinder? Wie viele? _____

Woher kennst Du meine Praxis? _____

Bist Du in ärztlicher Behandlung? nein ja, bei

Name: _____

Warst Du schon mal in chiropraktischer Behandlung?

Nein Ja, zuletzt am _____ bei _____

So geht es mir im Moment...

ich habe keine Beschwerden, ich bin aus prophylaktischen Gründen hier.

Ich habe Beschwerden in folgenden Bereichen (Zutreffendes bitte unterstreichen):

- Lendenwirbelsäule Brustwirbelsäule Halswirbelsäule/Nacken Brustkorb
- Gelenke, welche _____
- Kopfschmerzen / Migräne
- Kiefergelenk (Knirschen, Knacken, Schmerzen)
- Schwindel (Dreh-, Schwank-, Lagerungsschwindel)
- Ohnmacht, Kreislaufschwäche
- Gleichgewichtsstörungen
- Schulter-, Arm-, Handschmerzen
- Hüft-, Knie-, Knöchel-, Fußprobleme
- Becken, Iliosakralgelenk (ISG), Leiste

Ich habe folgende Empfindungen (Zutreffendes bitte unterstreichen)

- Schmerzen, Brennen, Stiche, Kribbeln, Taubheit, Kälte in **Armen** / **Beinen**
- Schmerzen, auch in Ruhe, kaum zu beeinflussen
- Schmerzen beim Husten, Lachen, Niesen
- Schmerzen, die am Schlafen hindern
- Schmerzen beim Sitzen / Aufstehen
- Schmerzen die in das Gesäß / Bein ausstrahlen rechts / links

Meine Beschwerden sind akut seit _____ Tagen.

Meine Beschwerden sind chronisch seit _____ Wochen _____ Monaten _____ Jahren

Meine Beschwerden treten immer wieder auf

Ich hatte folgende Unfälle Autounfall Sturz Schleudertrauma
 Gehirnerschütterung Andere: _____

Warst Du damit schon in Behandlung? nein ja, Therapie _____

_____ Mit welchem Erfolg ? _____

Nimmst Du Medikamente?

- Schmerzmedikamente entzündungshemmende Medikamente Diabetes-Medik.
- Herz- bzw. Blutdruckmedikamente Cholesterinsenker Andere _____

Ich habe eine bekannte Osteoporose nein ja

Ich trage Einlagen: nein ja

Ich trage eine einseitige Absatzerhöhung: nein ja, links ja, rechts

Bist Du schwanger? nein ja welche Woche ? _____

Außerdem finde ich mich hier wieder...

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ich bin unzufrieden | <input type="checkbox"/> Verdauungsprobleme | <input type="checkbox"/> Schnelle Gewichtszunahme |
| <input type="checkbox"/> Ich möchte in meinem Leben etwas ändern | <input type="checkbox"/> Sodbrennen | <input type="checkbox"/> Übergewicht |
| <input type="checkbox"/> Müdigkeit | <input type="checkbox"/> Durchfall/Verstopfung | <input type="checkbox"/> Ödeme (geschwollene Füße) |
| <input type="checkbox"/> Ich fühle mich gestresst | <input type="checkbox"/> Blähungen | <input type="checkbox"/> Kurzatmigkeit |
| <input type="checkbox"/> Tinnitus | <input type="checkbox"/> Hämorrhoiden | <input type="checkbox"/> Steifheit |
| <input type="checkbox"/> Einsamkeit | <input type="checkbox"/> Kein Frühstück | <input type="checkbox"/> Verspannung |
| <input type="checkbox"/> Kontaktscheu | <input type="checkbox"/> Keine Zeit zum Essen | <input type="checkbox"/> Rheumatische Beschwerden |
| <input type="checkbox"/> Stimmungsschwankungen | <input type="checkbox"/> Spätes Essen | <input type="checkbox"/> Amalgamzähne/Tote Zähne |
| <input type="checkbox"/> Konzentrationsstörungen | <input type="checkbox"/> Instant-Produkte + Fastfood | <input type="checkbox"/> Narben |
| | <input type="checkbox"/> Unverträglichkeiten/Allergien | <input type="checkbox"/> Schlechtes Allgemeinbefinden |

Mein Schlaf...

- | | | |
|---|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ich schlafe sehr gut | <input type="checkbox"/> Ich schlafe eher schlecht | Schlafdauer pro Nacht ____ Stunden |
| <input type="checkbox"/> Einschlafprobleme | <input type="checkbox"/> Durchschlafprobleme | Grund_____ |
| <input type="checkbox"/> Ich schnarche | <input type="checkbox"/> Ich habe morgens einen trockenen Mund | |
| <input type="checkbox"/> Ich träume viel | <input type="checkbox"/> in schwarz/weiß | <input type="checkbox"/> in bunt |
| Bevorzugte Schlafposition_____ | <input type="checkbox"/> Restless legs | <input type="checkbox"/> Alpträume |

Mein Alltag...

- | | | | |
|---|---------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ich treibe Sport | <input type="checkbox"/> gelegentlich | <input type="checkbox"/> jede Woche | <input type="checkbox"/> täglich |
| <input type="checkbox"/> Bevorzugte Sportart_____ | | | |

- | | |
|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Meine tägliche Trinkmenge____ Liter | Bevorzugte Getränke_____ |
| <input type="checkbox"/> Kaffee____ Becher pro Tag | |
| <input type="checkbox"/> Ich ernähre mich vegan | <input type="checkbox"/> vegetarisch |
| <input type="checkbox"/> So sieht mein normaler „Ernährungsalltag“ aus | <input type="checkbox"/> _____ |

Frühstück_____

Mittagessen_____

Abendessen_____

Snacks zwischendurch_____

- | | | | |
|---|---------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ich trinke Alkohol | <input type="checkbox"/> gelegentlich | <input type="checkbox"/> jede Woche | <input type="checkbox"/> täglich |
| <input type="checkbox"/> Ich rauche | ____Zigaretten pro Tag | | |

Mein Arbeitsplatz

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Schreibtischarbeit | <input type="checkbox"/> Schichtdienst | <input type="checkbox"/> viel im Auto unterwegs |
| <input type="checkbox"/> hohe körperliche Belastung | <input type="checkbox"/> emotionale Belastung | |
| <input type="checkbox"/> spezielle Körperhaltung:_____ | <input type="checkbox"/> Sonstiges_____ | |

Ich und meine (Kranken-) Geschichte

Geburt: normale Geburt Kaiserschnitt Geburt mit Hilfsmitteln

andere Komplikationen _____

Welche nennenswerten Krankheiten gab es in der Kindheit? keine
_____ im Alter von _____ Jahren

Gab es Kindererkrankungen mit Komplikationen?

Nein ja, welche: _____

Gab es Unfälle/Stürze? Welche? Wann ? _____

Gab es Operationen? Wo? Wann war das? _____

Ich habe in den letzten 2 Jahren Impfungen erhalten. Welche? _____

Welche nennenswerten Krankheiten gab es in den vergangenen Jahren? keine
_____ Wann? _____

In meiner Familie treten häufig bestimmte Krankheiten auf. Welche? _____

Zusätzliche Informationen, die wichtig sein könnten? _____

Die Anamnese wurde im Rahmen der Erstuntersuchung mit dem Patienten besprochen.

Rellingen, den: _____

Unterschrift Patient: _____

Unterschrift Behandler: _____

Was ich noch sagen muss – das „KLEINGEDRUCKTE“

Allgemeine Aufklärungspflicht:

Ich sehe mich im Stande, die Kosten, d. h. das Praxis – Honorar selbst zu bezahlen.

Lieber Patient,

die in meiner Praxis durchgeführten Diagnose- und Therapieverfahren sind ausschließlich sanfte amerikanische Techniken. Dennoch bin ich vom Gesetzgeber dazu verpflichtet, Dich über Gefahren von chiropraktischen Maßnahmen aufzuklären. Bitte nimm Dir noch 2 Minuten Zeit.

1. Urteil des Oberlandesgericht 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.“

Ich wurde über evtl. Risiko- bzw. 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, bei Nichterscheinen ohne vorherige telefonische oder schriftliche Absage, eine Ausfallpauschale in Höhe des Behandlungshonorars zu entrichten.

Zum Thema Abrechnung :

Ich möchte Dich darüber informieren, dass Du unmittelbar zahlungspflichtiger Vertragspartner mit mir bist. Die Bezahlung in unserer Praxis erfolgt direkt nach jeder Behandlung.

a.) Bist Du gesetzlich versichert, informiere Dich bitte über unsere Selbstzahlerpreise. Preislisten sind in der Praxis erhältlich. Frag eventuell bei Deiner Versicherung nach, ob Du eine Zusatzversicherung abschließen kannst, die die Kosten für Heilpraktiker-Leistungen vollständig, bzw. anteilig übernimmt.

b.) Bist Du privat- oder Zusatzversichert, erhältst Du am Monatsende eine detaillierte Rechnung laut GebüH (Gebührenordnung für Heilpraktiker). Wir können Dir leider nicht garantieren, dass Deine Versicherung unsere Leistungen übernimmt. Bitte kläre dies vorher ab.

Bitte unterzeichne Deine Kenntnisnahme, die Richtigkeit der gemachten Angaben, und Dein Einverständnis zu obigen Angaben.

Rellingen, den: _____ Unterschrift _____

Vielen Dank

Ellen Vopel

Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung

Die nachstehende datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung erfolgt freiwillig und kann jederzeit bei Chiropraktik mit Herz, Hauptstr. 49, 25462 Rellingen, E-Mail: praxis@chiromitherz.de widerrufen werden.

Ich bin damit einverstanden, dass Chiropraktik mit Herz ("Chiromitherz") meine nachfolgend genannten Daten ("Daten"):

– Kontaktdaten (u.a. Name, E-Mailadresse, Adresse, Telefonnummer, Anrede),

zu folgenden Zwecken verarbeitet:

- Kunden- und Interessentenbetreuung,
- Kundenbefragung (einschließlich der Zufriedenheitsbefragung)

Dazu führt Chiropraktik mit Herz die Daten zusammen und speichert diese zusammen ab.

Ich bin damit einverstanden, dass Chiropraktik mit Herz mich bei gegebenem Anlass kontaktieren darf.

Chiropraktik mit Herz setzt bei Bedarf zur Kontaktaufnahme folgende Kommunikationsmittel ein:

- Telefon
- E-Mail

Deine Datenschutzrechte

Du kannst Deine Einwilligungserklärung jederzeit ohne Angabe von Gründen mit Wirkung für die Zukunft ändern oder widerrufen. Je nach Umfang des Widerrufs wird Chiropraktik mit Herz die vorgenannte Datenverarbeitung ganz oder teilweise beenden und Dich nicht mehr zu den aufgeführten Themen kontaktieren. Du kannst jederzeit Auskunft über Deine gespeicherten personenbezogenen Daten erhalten und deren Berichtigung, Löschung oder Einschränkung der Verarbeitung verlangen. Du hast zudem unter bestimmten Voraussetzungen das Recht, die Dich betreffenden personenbezogenen Daten, welche durch Dich bereitgestellt wurden, in einem strukturierten, gängigen und maschinenlesbaren Format zu erhalten und einem anderen Verantwortlichen zur Verfügung zu stellen (Datenübertragbarkeit), sofern hiervon nicht die Rechte und Freiheiten anderer Personen beeinträchtigt werden. Soweit dies technisch machbar ist, übermittelt Chiropraktik mit Herz GbR die Daten auch direkt an den anderen Verantwortlichen. Zur Kontaktaufnahme wende Dich bitte an:

Chiropraktik mit Herz,
Heilpraktiker Christina Herz; Inh. Ellen Vopel
Hauptstr. 49, 25462 Rellingen
Email: praxis@chiromitherz.de Telefon: 04101/ 789 18 02

Dir steht des Weiteren ein Beschwerderecht bei einer Aufsichtsbehörde zu.

Datenschutzbeauftragter der Chiropraktik mit Herz als datenschutzrechtlich Verantwortlicher ist Dierk Allais, Firma ON-CALL-SEC, Hörnkamp 22, 25421 Pinneberg, Tel: 0172/4555925, email: DSB@on-call-sec.de

Nähere Informationen zum Datenschutz bei Chiropraktik mit Herz:
www.chiromitherz.de/datenschutz.

Rellingen, den: Datum

Unterschrift

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 des/der datenschutzrechtlich verantwortlichen Heilpraktikers/Heilpraktikerin:

Chiropraktik mit Herz
Heilpraktiker Christina Herz; Inh. Ellen Vopel
Hauptstr. 49
25462 Rellingen

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.

Rellingen, den:

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:

Chiropraktik mit Herz
Heilpraktiker Christina Herz; Inh. Ellen Vopel
Hauptstr. 49
25462 Rellingen

ZUM VERBLEIB BEIM PATIENTEN!

Wer ist für die Datenverarbeitung verantwortlich und an wen kann ich mich wenden?

Chiropraktik mit Herz
Heilpraktiker Christina Herz; Inh. Ellen Vopel
Hauptstr. 49
25462 Rellingen

Ext. Datenschutzbeauftragter: Dierk Allais, Tel: 0172 409 17 77, Email: dsb@on-call.de

1. Welche Daten werden genutzt?

Wir erheben und speichern ausschließlich Daten, die für Behandlung und Abrechnung notwendig sind. Dazu gehören:

- Adressdaten (Name, Adresse / andere Kontaktdaten (Telefon, E-Mail-Adresse), Geburtsdatum / -ort, Geschlecht, Staatsangehörigkeit)
- Bankverbindung
- Informationen über Ihren Gesundheitszustand, wie z.B. Informationen aus Untersuchungen, Anamnesegesprächen, Laborergebnisse

2. Zu welchem Zweck werden die Daten verarbeitet?

- Therapeutische Behandlung, Rechnungsstellung und ggf. Mahnverfahren

3. Wer bekommt Ihre Daten?

Wir geben Ihre Daten ausschließlich an die nachfolgend genannten Dritten weiter, es sei denn, wir sind gesetzlich dazu verpflichtet:

- Labore und angeschlossene Partnerlabore, Steuerberater, Inkassounternehmen, Schufa, Online-Praxissoftware-Anbieter

4. Übermittlung der Daten an ein Drittland

Wir übermitteln ihre Daten ohne ihre weitere Zustimmung nicht ins Ausland

5. Wie lange werden ihre Daten gespeichert?

Wir speichern ihre Daten so lange, wie es unsere gesetzlichen Pflichten erfordern. Daten, die sich aus ihrer Behandlung ergeben, speichern wir im Rahmen des Patientenrechtegesetzes 10 Jahre. Rechnungen halten wir nach geltendem Steuerrecht ebenfalls 10 Jahre vor. Sind die Daten für die Erfüllung vertraglicher oder gesetzlicher Pflichten nicht mehr erforderlich, werden diese regelmäßig gelöscht.

6. Welche Datenschutzrechte und Widerrufrechte bestehen für Sie?

Jede betroffene Person hat das Recht auf Auskunft nach Art. 15 DSGVO, das Recht auf Berichtigung nach Art. 16 DSGVO, das Recht auf Löschung nach Art. 17 DSGVO, das Recht auf Einschränkung der Verarbeitung nach Art. 18 DSGVO, das Recht auf Widerspruch aus Art. 21 DSGVO sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit aus Art. 20 DSGVO. Darüber hinaus besteht ein Beschwerderecht bei einer Datenschutzaufsichtsbehörde (Art. 77 DSGVO in Verbindung mit § 19 BDSG). Eine erteilte Einwilligung in die Verarbeitung personenbezogener Daten können Sie jederzeit uns gegenüber widerrufen. Dies gilt auch für den Widerruf von Einwilligungserklärungen, die vor der Geltung der EU-Datenschutz-Grundverordnung, also vor dem 25. Mai 2018, uns gegenüber erteilt worden sind. Bitte beachten Sie, dass der Widerruf erst für die Zukunft wirkt. Verarbeitungen, die vor dem Widerruf erfolgt sind, sind davon nicht betroffen.

7. Bereitstellung ihrer Daten

Mit ihrer Unterschrift verpflichten Sie sich, die zu ihrer Behandlung und Abrechnung benötigten Daten bereitzustellen. Ohne diese Daten werden wir in der Regel den Abschluss des Vertrages/ der Behandlung oder die Ausführung des Auftrages/ der Behandlung ablehnen müssen oder einen bestehenden Vertrag nicht mehr durchführen können und gegebenenfalls beenden müssen.