



Liebe Eltern

ich heiÙe Euch in unserer Praxis herzlich Willkommen!

Bitte nehmt Euch einige Minuten Zeit, den Anamnesebogen auszufüllen.

Das Formelle zuerst ...

Vorname: _____ Name: _____

StraÙe: _____ PLZ: _____ Ort: _____

Telefon privat: _____ Telefon geschäftlich: _____

Mobiltelefon: _____ E-mail: _____

Geburtsdatum: _____

Bitte zusätzlich 'Vorname/Name' des **Erziehungsberechtigten/des Versicherten**:

Vorname: _____ Name: _____

Krankenversicherung:

gesetzlich versichert bei: _____

privat versichert bei: _____

Zusatzversicherung für Heilpraktiker, bei: _____

Versichert über: _____

Woher kennt Ihr meine Praxis? _____

Gibt es einen konkreten Grund für Euren Besuch in unserer Praxis? _____

Ist Euer Kind deswegen bereits in Behandlung? nein ja, bei _____

Wart Ihr schon mal in chiropraktischer Behandlung?

Nein Ja, zuletzt am _____ bei _____

Schwangerschaft und Geburt

Wurde/Wurden während der Schwangerschaft

- Sport getrieben? nein ja, und zwar _____
- Kaffee getrunken? nein ja gelegentlich täglich
- Alkohol getrunken? nein ja gelegentlich täglich
- Geraucht? nein ja
- Medikamente eingenommen? nein ja, folgende: _____

Gab es während der Schwangerschaft

- Emotionalen Stress? nein ja
- Stürze oder Unfälle? nein ja, folgende _____
- Morgenübelkeit? nein ja
- Spezielle Gelüste der Mutter? nein ja, folgende _____

Andere Komplikationen: _____

- Geburt: normale Geburt Kaiserschnitt Geburt mit Hilfsmitteln
 Hausgeburt Wassergeburt Andere _____
- Geboren in Woche: _____ die Geburt wurde eingeleitet
- Medizinische Interventionen PDA Spinalanästhesie Lachgas
- Geburtsdauer < 3h 3-12h > 12h, _____ h
- Körperhaltung bei der Geburt liegend hockend Geburtshocker

Komplikationen während der Geburt: _____

Glaubt Ihr die Geburt war traumatisch für Euer Kind? nein ja, weil _____

APGAR (im Mutterpass vermerkt) ____ / ____ / ____

- Hat Euer Kind nach der Geburt geschrien? nein ja
- Hat Euer Kind spontan die Brust gesucht? nein ja
- Wurde Euer Kind direkt auf Eure Haut gelegt? nein ja
- Wurden Mutter und Kind getrennt? nein ja, weil _____
- War der Kopf Eures Kindes auffällig verformt? nein ja _____

Die ersten Monate

- Wurde Euer Kind gestillt? nein ja, und zwar _____ Monate
- Probleme beim Stillen? nein ja, und zwar _____
- Lieblingsseite beim Stillen? nein ja, und zwar _____
- Baby- bzw. Flaschennahrung? nein ja, ab dem _____ Monat
- Dreimonatskoliken? nein ja
- Verdauungsprobleme als Baby? nein ja, folgende: _____
- Als Baby oft gespuckt? nein ja, folgende: _____
- „Schrei-Kind“? nein ja, _____ für Monate

Unser Kind ist/war in der Krippe: nein ja

Der Schlaf und die Träume Eures Kindes

- Qualität gut eher schlecht
- Quantität (Stunden am Stück) < 1h 1-3h 3-6h > 6h
- Lieblingsschlafposition Rücken Bauch Seite _____
- Einschlafprobleme Durchschlafprobleme Grund _____
- Schnarchen Morgens einen trockenen/pelzigen Mund
- unruhige Träume in schwarz/weiß in bunt Alpträume
- Bettnässen (Kinder > 3 Jahre)

(Medizinische) Geschichte Eures Kindes

Auffälligkeiten bei Vorsorgeuntersuchungen? _____

Wurden alle Meilensteine der Entwicklung im ersten Jahr durchlaufen?

- Kopf selber halten in Bauchlage (bis 3. Monat) nein ja
- Kopf selber halten, wenn zum Sitzen hochgezogen (6. Monat) nein ja
- Drehung vom Bauch auf den Rücken und zurück (6. Monat) nein ja
- Mit geradem Rücken sitzen und eigenständige Kopfkontrolle (9. Monat) nein ja
- Gerobbt und gekrabbelt (9. Monat) nein ja
- Mit Hilfe an Möbeln/Händen stehen (12. Monat) nein ja

Welche nennenswerten Krankheiten gab es bisher? keine
 _____ im Alter von _____

- Gab es dabei Komplikationen? nein ja: _____
- Krankenhausaufenthalte? nein ja: _____
- Gab es Operationen? nein ja: _____
- Gab es besondere Unfälle/Stürze? nein ja: _____
- Gab es Knochenbrüche? nein ja: _____
- Rückenschmerzen? nein ja, Bereich _____
- Gelenkschmerzen? nein ja: _____
- Kopfschmerzen? nein ja, wie oft? _____
- Wachstumsschmerzen? nein ja:, wo _____

Bisherige Medikamenteneinnahmen

- Fiebersenkende Medikamente wenn ja, wie oft? _____
- Antibiotika wenn ja, wie oft? _____
- Antiallergika wenn ja, was? _____
- Dauermedikation/Vitamine wenn ja, wie oft? _____
- Ritalin/Medikinet/Ähnliche wenn ja, seit wann? _____
- Andere wenn ja, welche? _____
- Impfungen erhalten? Wenn ja, welche _____
- Impfreaktionen (Rötung, Fieber, Erkältung, Unruhe,...)? _____

Auffälligkeiten (Zutreffendes bitte ankreuzen)

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> oft Erkältungen/Schnupfen | <input type="checkbox"/> Ohrenschmerzen | <input type="checkbox"/> Mittelohrentzündungen |
| <input type="checkbox"/> Mandelentzündungen | <input type="checkbox"/> oft Bronchitis | <input type="checkbox"/> Lungenentzündungen |
| <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Allergien | <input type="checkbox"/> oft Bauchschmerzen |
| <input type="checkbox"/> schnell/oft Fieber | <input type="checkbox"/> Fieberkrämpfe | <input type="checkbox"/> Epilepsie |
| <input type="checkbox"/> Konzentrationsprobleme | <input type="checkbox"/> Lernschwierigkeiten | <input type="checkbox"/> niedrige Merkfähigkeit |
| <input type="checkbox"/> Probleme beim Rechnen | <input type="checkbox"/> Probleme beim Sprechen | <input type="checkbox"/> Probleme beim Lesen |
| <input type="checkbox"/> Probleme beim Schreiben/Malen | <input type="checkbox"/> Schulangst | <input type="checkbox"/> „Klassenclown“ |
| <input type="checkbox"/> Hyperaktivität | <input type="checkbox"/> wirkt oft abwesend | <input type="checkbox"/> chronische Müdigkeit |
| <input type="checkbox"/> lässt sich schwer beruhigen | <input type="checkbox"/> Schreckhaftigkeit | <input type="checkbox"/> neigt zu Aggressivität |
| <input type="checkbox"/> niedrige Frustrationsschwelle | <input type="checkbox"/> Ängste, _____ | <input type="checkbox"/> hohe Nervosität |
| <input type="checkbox"/> mag keinen Körperkontakt | <input type="checkbox"/> sehr sensibel/mitfühlend | <input type="checkbox"/> zieht sich oft zurück |
| <input type="checkbox"/> Häufiges Stolpern/Stoßen | <input type="checkbox"/> schlaffe Körperhaltung | <input type="checkbox"/> Balanceschwierigkeiten |

Der Alltag unseres Kindes...

- Sport (in der Freizeit) gelegentlich jede Woche täglich
 Bevorzugte Sportart _____

- tägliche Trinkmenge _____ Liter Bevorzugte Getränke _____
 Ernährung vegetarisch vegan viele Süßigkeiten
 Allergien _____ Unverträglichkeiten _____

So sieht ein normaler „Ernährungsalltag“ aus

Frühstück _____

Mittagessen _____

Abendessen _____

Snacks zwischendurch _____

Gibt es irgendetwas, was Euch zusätzlich wichtig erscheint?

Anamnesebogen beim ersten Termin miteinander besprochen

Rellingen, den _____ Unterschrift Vater/Mutter _____

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 sind.

a.) Bist Du gesetzlich versichert, informiere Dich bitte über unsere Selbstzahlerpreise. Preislisten sind in der Praxis erhältlich. Die Bezahlung erfolgt in der Regel nach jeder Behandlung. Frag eventuell bei Deiner Versicherung nach, ob Du eine Zusatzversicherung abschließen können, 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

Deine Ellen

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 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 die Daten auch direkt an den anderen Verantwortlichen. Zur Kontaktaufnahme wende Dich bitte an:

Chiropraktik mit Herz
Inh. Ellen Vopel, HP Christina Herz
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

Unterschrift

**Datenschutzrechtliche Einwilligung
in die Verarbeitung personenbezogener Daten eines Kindes**

Hiermit erteile ich

Vorname, Name (Elternteil)

Geburtsdatum

als Träger der elterlichen Verantwortung meine Einwilligung in die Verarbeitung der Gesundheitsdaten von

Vorname, Name (Kind)

Geburtsdatum

im Zusammenhang mit der Behandlung dieses Kindes in der Praxis der/des datenschutzrechtlich verantwortlichen Heilpraktikerin/Heilpraktikers:

Chiropraktik mit Herz
Heilpraktikerin Christina Herz
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 (Elternteil)

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
Inh. Ellen Vopel, HP Christina Herz
Hauptstr. 49
25462 Rellingen

ZUM VERBLEIB BEIM PATIENTEN!

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

Chiropraktik mit Herz
Inh. Ellen Vopel, HP Christina Herz
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.