



Johanna Hof Heilpraktikerin  
M.Sc.Osteopathie BAO  
Physiotherapeutin

Bahnhofstraße 33 I 69115 Heidelberg

Liebe Eltern,

bitte füllen Sie diesen Fragebogen so genau wie möglich aus und senden ihn uns vor  
Behandlungsbeginn per Mail oder per Post zu.

Bei Kindern unter 7 Jahren, bringen Sie bitte das gelbe Vorsorgeuntersuchungsheft zur  
ersten Behandlung mit. Berichte von Untersuchungen und Behandlungen dürfen Sie  
ebenfalls mitbringen.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_

Mail \_\_\_\_\_

Handy \_\_\_\_\_

Versichert: gesetzl. ( ) Private Zusatzversicherung ( )

Privat ( )

Beihilfe ( )

Name der Versicherung \_\_\_\_\_

Damit wir Ihre Termine planen können, bitte um mögliche Behandlungszeiten

Montag \_\_\_\_\_

Dienstag \_\_\_\_\_

Mittwoch \_\_\_\_\_

Donnerstag \_\_\_\_\_

Freitag \_\_\_\_\_

### Rechtliche Hinweise

Für die Leistungen in meiner Praxis, stelle ich Ihnen ein Honorar in Rechnung, welches sich  
am Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH) orientiert.

**Die Kosten einer Behandlung betragen zwischen 65 € und 98 € und beziehen sich auf eine  
Behandlungszeit von etwa 30 bis 60 Minuten.**

Wenn Sie einen Termin nicht wahrnehmen können, sagen Sie ihn bitte mindestens 24  
Stunden vorher ab.

**Unentschuldig, nicht wahrgenommene Termine stelle ich mit einer Ausfallgebühr von 50 Euro in  
Rechnung.**

### Persönliche Erklärung des Patienten:

Ich bin mit der Privatabrechnung einverstanden.

Die Rechnungsstellung erfolgt unabhängig von einer möglichen Erstattung durch private  
Krankenversicherungen oder Beihilfestellen und deren Begleichung ist nicht abhängig von  
der Leistung der Versicherung. Ein Eigenanteil kann anfallen.

**Die Rechnungsstellung erfolgt per E-Mail.**

Den obigen Text habe ich zur Kenntnis genommen.

Diese Erklärung wurde von mir vor Behandlungsbeginn unterzeichnet

Datum

Unterschrift

## Einwilligungserklärung in die Datenverarbeitung

Von Herrn / Frau .....

Anschrift .....

### Wie werden die Daten genutzt? An wen werden die Daten weitergegeben?

Wir speichern und nutzen folgende Daten von Ihnen zur Dokumentation und Aufbewahrungspflicht

- Name, Anschrift, Geburtsdatum des Patienten, Telefonnummern
- E Mail Adresse
- Behandlungsdatum,
- Diagnosen, Anamnese, Symptome, Befunde,
- Verlauf der Behandlung, nebst Komplikationen,
- Medikation,
- Relevante Äußerungen des Patienten,
- Gegenstand und Inhalte der Aufklärung inklusive Sicherungsaufklärung,
- Einwilligungen des Patienten
- Zur Rechnungsstellung
- Zur Übermittlung von Terminen und Rechnungen

Zu diesen Zwecken können Ihre Daten an den überweisenden Arzt, die Krankenkasse und/oder die Abrechnungsfirma weitergegeben oder übermittelt werden. Dort werden diese ebenfalls zu folgenden Zwecken verarbeitet und genutzt: zur Pflege der Kontaktdaten, zur Abrechnung erbrachter Leistungen mit Krankenkassen, zur therapeutischen Dokumentation.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass

- die im Rahmen der vorstehenden genannten Zweck erhobenen persönlichen Daten meiner Person unter Beachtung des DSGVO und des BDSG erhoben, verarbeitet, genutzt und übermittelt werden.
- die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten auf freiwilliger Basis erfolgt und dass ich mein Einverständnis verweigern, mit der Folge, dass der Behandlungsvertrag nicht erfüllt werden kann und die Behandlung nicht zustande kommt.
- Ich bin jederzeit berechtigt, Auskunft über die zu meiner Person gespeicherten Daten zu verlangen.
- Ich bin jederzeit berechtigt, die Berichtigung, Löschung oder Sperrung einzelner personenbezogener Daten zu verlangen.
- Ich bin jederzeit berechtigt, mit Wirkung für die Zukunft diese Einwilligungserklärung zu widerrufen.

Im Falle des Widerrufs ist der Widerruf zu richten an:

Praxis RAUM FÜR OSTEOPATHIE – HD I Johanna Hof

Straße Bahnhofstraße 33

PLZ Ort 69115 Heidelberg

Im Falle des Widerrufs werden meine Daten nach Ablauf gesetzlicher Fristen und falls solche nicht mehr zu beachten sind, mit dem Zugang der Willenserklärung der Praxis gelöscht. Die Praxis wird meinen Widerruf an die o. g. Dritten weiterleiten, die ihrerseits dann meine Daten löschen.

Den „**Anhang Patienteninformation zum Datenschutz**“ habe ich gelesen und verstanden.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift

Welche Beschwerden / Veränderungen sind der Anlass zur Vorstellung bei uns?

Seit wann bestehen die Beschwerden

Welche Behandlungen sind bisher erfolgt

Wurde bereits osteopathisch behandelt

### Allgemeine Angaben zum Kind

aktuelles Körpergewicht      kg

aktuelle Körpergröße      cm

### Kindesentwicklung

#### Informationen zu Ihrer Geburt

- Spontangeburt
- Kaiserschnitt
- Zangengeburt oder Saugglocke
- langwierige Geburt
- schnelle Geburt
- Komplikationen während der Geburt:
  
- Besonderheiten nach der Geburt – z. B. Hämatome :

#### Informationen zum Babyalter Ihres Kindes

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Asymmetrien des Kopfes    | <input type="checkbox"/> Trink/Schluckstörung     |
| <input type="checkbox"/> Schiefhaltung des Körpers | <input type="checkbox"/> Schiefhaltung des Kopfes |
| <input type="checkbox"/> Schielen                  | <input type="checkbox"/> Tränenkanalverschluss    |
| <input type="checkbox"/> Augensenkung              | <input type="checkbox"/> Schulterluxation         |
| <input type="checkbox"/> Hüftdysplasie             | <input type="checkbox"/> Koliken                  |
| <input type="checkbox"/> Gelbsucht                 | <input type="checkbox"/> Ohrenentzündungen        |

- motorische Auffälligkeiten :
- andere schwere Infektionen :

## Krankengeschichte

### Traumata und Unfallhistorie

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Kopfverletzungen | <input type="checkbox"/> Stürze auf Becken/Steißbein |
| <input type="checkbox"/> Knochenbrüche    | <input type="checkbox"/> Fuß-, Knie Luxationen       |
| <input type="checkbox"/> Sportunfälle     | <input type="checkbox"/> Auto-, Fahrradunfälle       |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges :      |  |

### Weitere Erkrankungen

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Atemorgane (Nase, Rachen, Bronchien, Lunge)             | <input type="checkbox"/> Wirbelsäule-, Gelenkschmerzen                  |
| <input type="checkbox"/> Herz/Kreislauf  | <input type="checkbox"/> Blase/Niere                                    |
| <input type="checkbox"/> Verdauungsorgane  | <input type="checkbox"/> Urogenitalorgane<br>(natürlich nur bei Jungen) |
| <input type="checkbox"/> Menstruationsbeschwerden<br>(natürlich nur bei Mädchen) |   |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges:  |   |

### Weitere allgemeine Fragen

Wurde Ihr Kind bereits operiert?

- |                             |                               |
|-----------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
|-----------------------------|-------------------------------|

Weitere Angaben dazu:

War/ Ist Ihr Kind in zahn- / kieferorthopädischer Behandlung?

- |                             |                               |
|-----------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
|-----------------------------|-------------------------------|

Trägt Ihr Kind eine Brille?

- |                             |                               |
|-----------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
|-----------------------------|-------------------------------|

Hat Ihr Kind Augenschmerzen / Sehprobleme?

- |                             |                               |
|-----------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
|-----------------------------|-------------------------------|

Hat Ihr Kind oft Kopfschmerzen?

- |                             |                               |
|-----------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
|-----------------------------|-------------------------------|

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente?

- |                             |                               |
|-----------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
|-----------------------------|-------------------------------|

Hat Ihr Kind Koordinations-/Konzentrationsprobleme?

- |                             |                               |
|-----------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
|-----------------------------|-------------------------------|

## **Aushang Patienteninformation zum Datenschutz**

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten ist uns wichtig. Nach der EU-Datenschutz- Grundverordnung (DSGVO) 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 haben.

### **1. Verantwortlichkeit für die Datenverarbeitung**

RAUM FÜR OSTEOPATHIE HD | Johanna Hof | Bahnhofstraße 33 | 69115 Heidelberg | 01732030493

### **2. Zweck der Datenverarbeitung**

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und uns und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen. Hierzu verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Ihre Gesundheitsdaten. Dazu zählen alle Daten die auf einer ärztlichen Verordnung aufgeführt sind sowie Diagnosen, Therapieansätze und -methoden und Befunde, die wir oder Ärzte erheben. Zu diesen Zwecken können uns auch andere Ärzte oder Therapeuten, bei denen Sie in Behandlung sind, Daten zur Verfügung stellen, z.B. in Arztbriefen oder Therapieberichten. Die Erhebung von Gesundheitsdaten ist Voraussetzung für Ihre Behandlung. Diese notwendigen Informationen benötigen wir, um eine sorgfältige Behandlung durchzuführen.

### **3. Empfänger Ihrer Daten**

Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben. Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten können vor allem Ärzte, andere Therapeuten, Krankenkassen und Abrechnungsstellen sein. Die Übermittlung erfolgt überwiegend zum Zwecke der Abrechnung der bei Ihnen erbrachten Leistungen, zur Klärung von medizinischen und sich aus Ihrem Versicherungsverhältnis ergebenden Fragen. Im Einzelfall erfolgt die Übermittlung von Daten an weitere berechtigte Empfänger.

### **4. Speicherung Ihrer Daten**

Wir bewahren Ihre personenbezogenen Daten nur solange auf, wie dies gesetzlich erforderlich ist. Aufgrund rechtlicher Vorgaben sind wir dazu verpflichtet, diese Daten mindestens zehn Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren. Nach anderen Vorschriften können sich längere Aufbewahrungsfristen ergeben.

### **5. 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 aufgeführten zuständigen Aufsichtsbehörde für den Datenschutz zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt.

**Landesamt für Datenschutzaufsicht – Postfach 102932 – 70025 Stuttgart**

### **6. Rechtliche Grundlagen**

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

Ihr Praxisteam