

Liebe Patientin, lieber Patient,

eine gründliche Erhebung Ihres Gesundheitszustandes vor der Behandlung ist sehr wichtig. Je genauer und umfassender Ihre Informationen sind, umso besser können wir uns auf Sie vorbereiten

Bitte füllen Sie den Fragebogen daher so gut wie möglich aus und schicken ihn uns, nach Ihrer Anmeldung per Mail oder auch per Post zu.

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

Selbstzahler berechne ich 95 € pro Behandlung.

Privat Versicherte werden nach der Gebührenordnung für Heilpraktiker (GebÜH) abgerechnet.

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 HEIDELBERG | 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

Sind Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung? Wenn ja, warum

Haben Sie diagnostische Erkrankungen? (Stoffwechsel-,Kreislauf-,Organ- oder Gelenkstörungen,Tumore)

Gibt es Befunde? (Röntgen, MRT, CT) ja () nein ()

Nehmen Sie zur Zeit Medikamente? ja () nein ()
Wenn ja, welche :

Hatten Sie Operationen? Wenn ja, wann und warum ?

Hatten Sie schwerwiegende Unfälle / Stürze / Frakturen / Trauma?
Wenn ja, welche

Sind Sie momentan besonderen Belastungen ausgesetzt? (familiär, beruflich, im Alltag, psychisch) ja () nein ()

Wenn ja, welchen

Haben Sie Allergien / Hauterkrankungen/ Unverträglichkeiten? Wenn ja, welche

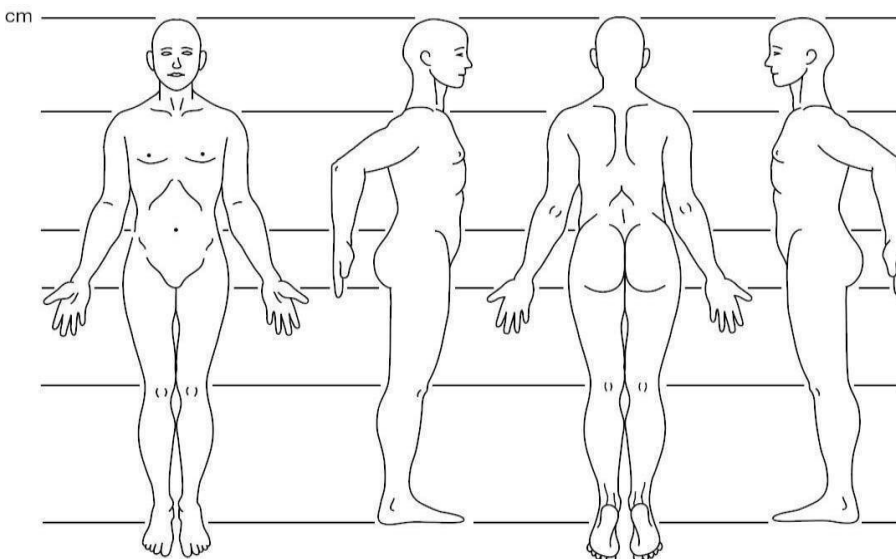
Wie äußern sich Ihre Beschwerden?

Gibt es einen Auslöser?

Haben Sie Schmerzen? Wenn ja, wo / wann / wie stark (auf einer Skala von 1= wenig bis 10 = kaum auszuhalten)

Was ist der Grund Ihres Besuches?

Was versprechen Sie sich von der osteopathischen Behandlung?



Bitte markieren Sie genau den Schmerzort oder schraffieren die Fläche der Schmerzausstrahlung.

Leiden Sie unter Kopfschmerzen?

ja () nein ()

Wenn ja, wo sitzt der Schmerz, wie häufig und haben Sie Begleiterscheinungen (Schwindel , Übelkeit) ?

Gibt es typische Auslöser der Kopfschmerzen?

Beschreiben Sie Dauer und Intensität

Haben Sie Beschwerden mit den Augen?

ja () nein ()

Wenn ja, welche (z.B. kurzsichtig, weitsichtig, Bindehautentzündung, grauer Star) ?

Haben Sie Probleme mit den Ohren?

ja () nein ()

Wenn ja, welche (z.B. Tinnitus, schwerhörig, Hörgerät) ?

Haben Sie Kieferprobleme?

ja () nein ()

Wenn ja, welche (z.B. Schmerzen, Knacken, Knirschen, Pressen) ?

Wurde bei Ihnen in letzter Zeit eine Zahnextraktion durchgeführt ? ja () nein ()

Hatten / Haben Sie Probleme mit der Lunge?

ja () nein ()

Wenn ja, welche (häufig Husten, Bronchitis, Atemprobleme)?

Haben Sie Herzerkrankungen?

ja () nein ()

Wenn ja, welche (z.B. hoher / niedriger Blutdruck, Zustand nach Herzinfarkt) ?

Haben Sie Leber- oder Gallenbeschwerden?

ja () nein ()

Wenn ja, welche (z.B. Koliken, Fettunverträglichkeit, Steine) ?

Haben Sie Magen- Darmbeschwerden?

ja () nein ()

Wenn ja, welche (z.B. Sodbrennen, Geschwüre, Blähungen, Verstopfung, Durchfall) ?

Haben Sie Nieren- Blasenbeschwerden ?

ja () nein ()

Wenn ja, welche (z.B. Steine Entzündungen, Inkontinenz) ?

Haben Sie Rückenbeschwerden ?

ja () nein ()

Wenn ja, welche (z.B. Bandscheibenvorfall, Osteoporose, Schmerzen, Verspannungen) ?

Haben Sie Beschwerden an Beinen / Armen ?

ja () nein ()

Wenn ja, wo (Hüfte / Knie / Fuß / Schulter / Ellbogen / Hand) ?

Für Frauen : Haben Sie Menstruationsbeschwerden?

ja () nein ()

Schwangerschaften ? wenn ja, wie viele ?

ja () nein ()

Für Männer: Haben Sie Beschwerden mit der Prostata ?

ja () nein ()

Wenn ja, welche (z.B. Vergrößerung, Tumor , Beschwerden beim Wasser lassen) ?

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 HEIDELBERG | Johanna Hof | Bahnhofstraße 33 | 69115 Heidelberg

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 berechnete 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