



Patienten Fragebogen

Datum:

Im Zuge einer organisierten Patientenerfassung bitte ich Sie folgende Fragen zu beantworten:

Name, Vorname:

Straße:

Ort:

Geburtsdatum:

Beruf:

Familienstand:

Anzahl der Kinder:

Wie können wir Sie in Praxisangelegenheiten telefonisch erreichen?

E-mail:

Wodurch wurden Sie auf meine Praxis aufmerksam?

Familie/Freunde

Therapeuten (z.B. HP, Arzt, Physio)

Internet

Bitte nennen Sie mir die Namen Ihrer Ärzte und Therapeuten:

Wie sind Sie versichert?

A) Gesetzlich bei:.....

(Keine Kostenübernahme durch die GKV, Erstanamnese 150 €)

B) PKV bei:

(Vertragsabhängig; Kostenübernahme durch Rücksprache mit der PKV absichern)

Beihilfe berechtigt: (Vertragsabhängig; Kostenübernahme durch
Rücksprache mit der Beihilfestelle absichern)

C) Private Zusatzversicherung bei:

(Kostenübernahme durch Rücksprache mit der PKV absichern)

Bitte beachten Sie, dass Termine 48 Stunden im Voraus abgesagt werden müssen. Ansonsten sehen wir uns gezwungen, den Termin mit 50,00€ in Rechnung zu stellen.

Auf der zweiten Seite bitte ich Sie noch kurz um weitere Informationen und möchte Sie auf Ihr Widerspruchsrecht hinweisen (DSGVO). Bei Bedarf können Sie uns jederzeit gerne ansprechen.

Einverständniserklärung und Unterschrift Patient



Anamnese Bogen:

Name:

Sehr geehrte Patientinnen und Patienten,
damit ich mir in unserem Erstgespräch ausreichend Zeit für Sie nehmen kann, möchte ich Sie bitten,
mir im Folgenden schon einige Fragen im Voraus zu beantworten:

Bitte zählen Sie die Beschwerden auf, weswegen Sie mich **heute** aufsuchen:

-
-
-

Ernährung: (bitte die hauptsächlichen Ernährungslinien angeben; Mehrfachnennung möglich!)

Mischkost, Vollwert, Rohkost, Vegetarisch/Vegan, Fastfood, unregelmäßig,
 täglich Obst, viel Süßigkeiten

Flüssigkeitsaufnahme: Flüssigkeit pro Tag in Litern (außer Kaffee, schwarzer Tee):

Erwähnenswerte Vorerkrankungen, Krankenhausaufenthalte, Operationen, Unfälle:

-
-

Medikamentenanamnese – bitte zählen Sie alle Mittel auf, die Sie regelmäßig einnehmen, auch
Nahrungsergänzungsmittel und Vitamine:

-
-

Haben Sie in den letzten 2 Jahren Antibiotika, Kortison, Antidepressiva, Opiate eingenommen?
 Benutzen Sie eine Absatzerhöhung Raucher Für Frauen: Hormone

Haben Sie in den letzten 2 Jahren eine Impfung erhalten? Ja / Nein. Welche?

Frauen: Liegt eine Schwangerschaft vor? Ja / Nein. Wenn „ja“, welche Woche?

Wie viele Minuten Sport treiben Sie wöchentlich im Durchschnitt?

Selbsteinschätzung bei Schmerzpatienten:

Bitte kreuzen Sie auf einer Schmerz-Skala von **0** (keinen Schmerz) bis **10** (stärkster Schmerz) Ihren
aktuellen Zustand an:

 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Vielen Dank für Ihre Kooperation!

Ihre Daten werden ausschließlich für den internen Ablauf genutzt und werden nicht an Dritte
weitergegeben. Sie haben jederzeit ein Widerrufsrecht zur Verarbeitung ihrer Daten (DSGVO).



Datenschutzrechtliche Einwilligung in die Verarbeitung personenbezogener Daten

Hiermit erteile ich

Name _____ Vorname _____ Geb: _____

meine **Einwilligung** in die Verarbeitung meiner Gesundheitsdaten im Zusammenhang mit meiner Behandlung in der Praxis der datenschutzrechtlich verantwortlichen Heilpraktikerin:
Gesine Djahanbaz-Magin, Moorweidenstraße 8, 20148 Hamburg

Ich möchte den E-Mail Newsletter (max. zweimal jährlich) rund um das Thema Chiropraktik erhalten.

Ja, an meine Emailadresse: _____ Nein

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.

Ort, Datum

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:

Gesine Djahanbaz-Magin, Moorweidenstraße 8, 20148 Hamburg, Tel.: +49 (0) 40 / 390 20 91