raum für gesundheit

Unser Praxisteam heißt Sie willkommen!

Anmeldung und Einwilligungserklärung.

Alle Informationen unterliegen dem Datenschutz (siehe Rückseite) und der Schweigepflicht.

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Straße: _____ PLZ: _____ Wohnort: _____

Telefon privat/geschäftlich: _____ Beruf: _____

Telefon mobil: _____ E-Mail: _____

Krankenkasse: _____ bitte einkreise: gesetzlich privat Beihilfe

waren Sie schon einmal bei uns in Behandlung? Ja nein Hausarzt: _____

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden? _____

Damit die Therapie zu Ihrer und unserer Zufriedenheit ablaufen kann, möchten wir Sie vor Beginn der Behandlungsserie mit unserer Praxisorganisation vertraut machen.

Auf Grund sehr hoher Praxisauslastung bitten wir Sie zusätzliches Arbeitsaufkommen zu vermeiden in dem Sie Ihre Termine wie vereinbart wahrzunehmen.

- **Bitte nehmen Sie Ihre Behandlungstermine wahr wie vereinbart. Behandlungstermine die Sie nicht einhalten können sollten spätestens 24 Stunden vor dem Termin absagt werden** (Montagstermine müssen bereits am Freitag zuvor storniert werden). Sollten Sie eine Absage nur kurzfristig vornehmen können, stellen wir den Terminausfall pro Behandlungseinheit privat in Rechnung. (Diese Regelung ist auch im Falle „höherer Gewalt“ gültig) (§§ 615, 304 BGB).

- **Eigenverantwortlich können Sie bei uns die von ihrer Krankenkasse gezahlte Behandlung** (Dauer in der Regel 15 Minuten) auf **privater Kostenbasis um 10 oder 20 Minuten verlängern**. Bitte geben Sie uns hierzu vor der Terminvereinbarung Bescheid.

- **Bitte bringen Sie zur Behandlung ein frisches Badehandtuch (80 x 140 cm oder größer) mit.**
  Sollten Sie Ihr Handtuch vergessen haben, stellen wir Ihnen gerne ein Handtuch für 1.-€ zur Verfügung. Diesen Euro spenden wir, einmal jährlich, dem BUND (Bund für Umwelt und Naturschutz Deutschland)

- **Die Zuzahlung für gesetzlich Versicherte ist vor der ersten Behandlung in bar oder per EC-Karte zu zahlen.**
  Diese Gebühr ist gesetzlich vorgeschrieben und wird von allen Praxen in gleicher Höhe erhoben. Sollte die Anzahl der auf der Verordnung aufgeführten Behandlungseinheiten aus medizinischen oder persönlichen Gründen nicht vollständig geleistet werden, erhalten sie den zu viel bezahlten Betrag zurück.

- **Um Ihrer Problematik bestmöglich und gezielt zu behandeln werden wir bei Ihrem ersten Termin** einen ausführlichen Befund erheben.

- **Für privat Krankenversicherte ist das durch den Honorarvertrag vereinbarte Honorar bindend.** Die Höhe der einzelnen Gebühren bemisst sich, soweit nichts anderes bestimmt ist, nach dem 1,8- bis 2,3-fachen des in der GbüTh (Gebührenübersicht für Therapeuten) genannten Regelsatzes. Dies kann bei Heilmittelleistungen von der Erstattungshöhe Ihrer Versicherung abweichen. Bitte informieren Sie sich im Vorfeld über eine mögliche Differenz. Der Rechnungsbetrag ist unabhängig durch die Erstattung Dritter (z.B. Krankenkasse) sofort fällig und mit der Rechnungsstellung sofort zu begleichen.

Bitte erklären Sie Ihr Einverständnis. Datum: _____ Unterschrift:_____

der Patient*in oder der gesetzl. Vertreter*in

Liebe Patient*innen

wir freuen uns Sie auf Ihrem gesundheitlichen Weg unterstützen zu dürfen. Als therapeutische Praxis hat Datenschutz für uns eine hohen Stellenwert. Ihre personenbezogenen Daten, sowie die Untersuchungsdaten, die Behandlungsdaten und Befunde werden zum Zwecke der Kontaktaufnahme, der Diagnostik, der (physiotherapeutisch/osteopathisch/naturheilkundlich) Behandlung , zur therapeutischen Dokumentation, zum Erstellen von Behandlungsberichten und Arztbriefen auf Basis des geschlossenen Behandlungsvertrags und zur Berechnung der erbrachten Leistungen verarbeitet und gespeichert (Art. 9 Abs. 2 Nr. h).

Die im Rahmen der vorstehenden genannten Zweck erhobenen persönlichen Daten Ihrer Person werden unter Beachtung des DSGVO (Datenschutzgrundverordnung) und BDSG (Bundesdatenschutzgesetz) erhoben, verarbeitet, genutzt und übermittelt.

Einwilligung

Hiermit **bestätige** ich Folgendes:

- Ich bin darauf hingewiesen worden, dass die Verarbeitung der 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 die Verantwortliche erfolgen.
- Den Inhalt der abgedruckten Widerrufsbelehrung habe ich vor Erteilung der Einwilligung zur Kenntnis genommen.
- Ich bin darauf hingewiesen worden dass die oben genannten Daten allen in der Praxis angestellten Personen, die mit der Durchführung oder Abrechnung der therapeutischen Leistungen betraut sind, zur Kenntnis gegeben werden, soweit dies zur Erfüllung und Abrechnung des Behandlungsvertrages erforderlich ist.
- Ich bin darauf hingewiesen worden, dass die oben genannten Daten zur Abrechnung erbrachter Leistungen mit den Krankenkassen an das OPTICA Abrechnungszentrum Dr. Güldener GmbH übermittelt werden.
- Ich bin darauf hingewiesen worden, dass bei einem nicht Nachkommen der Zahlungsaufforderung die Daten an ein Inkassounternehmen weitergegeben werden.
- Ich bin darüber informiert, dass die Praxis-Information zum Datenschutz auf der Praxiswebsite: www.rfg-stuttgart.de, im Bereich Downloads nachzulesen ist.

Ort, Datum	Unterschrift der Patient*in oder der gesetzl. Vertreter*in

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 die Verantwortliche grundsätzlich nicht mehr möglich.
Die Einwilligung kann schriftlich oder mündlich widerrufen werden. Der Widerruf ist zu richten an:
Heike Schaible, Osteopathin BSc / Physiotherapeutin, Fritz-Reuter-Straße 17, 70193 Stuttgart

Herzlich willkommen in unserer Praxis,

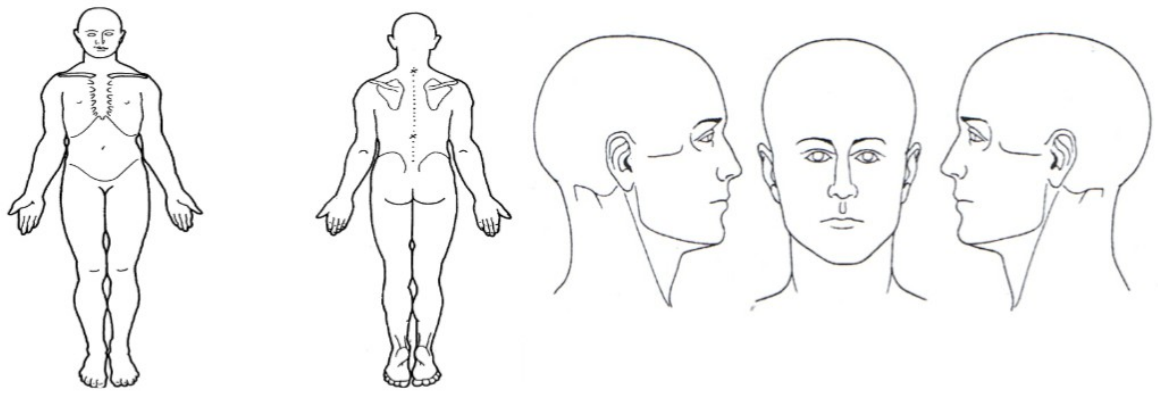
unser Ziel ist es Sie optimal zu behandeln, aus diesem Grund benötigen wir vorab einige Informationen zu Ihrem Beschwerdebild und bitten Sie daher den folgenden Fragebogen auszufüllen. *Alle Informationen unterliegen der europäischen Datenschutz-Grundverordnung.*

Datum: _____

Name: _____ Alter: _____

Beruf: _____ Hobby/Sport: _____

1.) Wo haben Sie Ihre Probleme? (bitte einzeichnen):



2.) Was sind Ihre Hauptbeschwerden?_____

3.) Ich habe (*bitte ankreuzen*)

Schmerzen __ , veränderte Beweglichkeit __ , veränderte Sensibilität __, Kraftverlust __

4.) Wie lange haben Sie Ihre Beschwerden schon?_____

5.) Gab es einen Auslöser für Ihre Beschwerden?_____

6.) Was verbessert Ihre Beschwerden? (Aktivität, Bewegung, Ruhe, Wärme; Kälte, Stehen, Liegen, etc.)

_____

7.) Was verschlimmert Ihre Beschwerden (siehe oben)?

_____

8.) Wie stark sind Ihre Schmerzen momentan? (bitte einkreisen)

(kein Schmerz) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (maximaler Schmerz)

9.) Wie stark sind Ihre Schmerzen maximal? (bitte einkreisen)

(kein Schmerz) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (maximaler Schmerz)

Bitte weiter auf der Rückseite

10.) Haben Sie Schmerzen beim Husten, Niesen, Pressen, Schlucken ja O nein O

11.) Nehmen Sie momentan Medikamente? ja O nein O

12.) Sind Sie schwanger? ja O nein O

13.) Leiden Sie unter Schwindel, Übelkeit, Ohnmachtsanfällen, Schluckstörungen? ja O nein O

14.) Haben Sie eine der folgenden Erkrankungen: Diabetes, Rheuma, Osteoporose? ja O nein O

15.) Haben Sie Probleme mit inneren Organen (Sodbrennen, Verstopfung, Inkontinenz, etc.)? ja O nein O

16.) Haben Sie weitere Erkrankungen (z. B. Bluthochdruck, Fieber, Unwohlsein etc.)? ja O nein O

17.) Haben Sie sonstige Erkrankungen, welche nicht in Zusammenhang mit den Hauptbeschwerden stehen (Depression, Angststörung, Burnout, etc.)? ja O nein O

18.) Hatten Sie jemals einen Tumor, oder eine Krebserkrankung? ja O nein O

19.) Haben Sie Nachts Schmerzen? ja O nein O

20.) Haben Sie in den letzten Wochen unerwartet abgenommen? ja O nein O

21.) Haben Sie Angst/Bedenken, dass Belastung/Bewegung Ihrem Problem schadet? ja O nein O

22.) Glauben Sie dass Ihr Problem langfristig anhalten wird? ja O nein O

23.) Welche Maßnahmen zur Diagnostik/Therapie wurden bisher durchgeführt? (bitte einkreisen)
Röntgen / Computertomographie / Kernspintomographie (MRT) / Spritzen / Massagen / Physiotherapie / Osteopathie

Anderes: _____

24.) Wie lange machen Sie in der Woche durchschnittlich Sport?
(bitte einkreisen) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Stunden

25.) Welchen Sport machen Sie? _____

26.) Ernähren Sie sich bewusst? ja O nein O

27.) Nehmen Sie sich genügend Zeit zum Essen? ja O nein O

28.) Kochen Sie viel selbst? ja O nein O

29.) Rauchen Sie ja O nein O

30.) Wie hoch empfinden Sie Ihre Stressbelastung im Durchschnitt in den letzten 3 Monate? (bitte einkreisen)
(gering) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (sehr hoch)

31.) Haben Sie das Gefühl dass Stress Ihrer Gesundheit schadet? ja O nein O

32.) Können Sie gut “abschalten“ und sich gut entspannen? ja O nein O

33.) Haben Sie Schwierigkeiten einzuschlafen? ja O nein O

34.) Können Sie Nachts durchschlafen? ja O nein O

35.) Was sind Ihre Erwartungen und Ziele für die Therapie:

_____

Vielen Dank für die Beantwortung unseres Anamnesebogens.