



Fragebogen Jungen und Männer ab Pubertät

Anmeldung

Zwischen Osteopathie Doreen Wagner und folgenden Personen

Name: _____ Vorname: _____ Geb.: _____

Straße/Hausnummer: _____

PLZ: _____ Wohnort: _____

Versicherter, falls abweichend: _____

Telefon privat: _____ Handy: _____

E-Mail: _____

Krankenkasse: o gesetzlich Welche? _____ o privat o Beihilfe

Hausarzt/Behandelnder Arzt: _____

Wie sind Sie auf mich die Praxis aufmerksam geworden? _____

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
vor Beginn der Behandlung bitten wir Sie, die nachfolgenden Informationen sorgfältig durchzulesen und bei Unklarheiten nachzufragen.

1. Schweigepflicht

Alles, was im Rahmen einer Sitzung besprochen wird, fällt unter die Schweigepflicht. Ihr/e Therapeut/in verpflichtet sich hiermit, Ihre Privatsphäre zu wahren und keine Inhalte aus den Sitzungen an Dritte weiterzugeben. Unter Umständen kann jedoch eine Rücksprache mit anderen Sie oder Ihr Kind behandelnden Ärzten oder Therapeuten notwendig sein. Dies wird nur in Absprache mit Ihnen bzw. mit Ihrem Einverständnis erfolgen. Dennoch ist es nötig, dass Sie mich hierfür gegenüber den erwähnten Personen von der **Schweigepflicht** entbinden.

Halstenbek, den _____ Unterschrift _____

2. Abrechenbarkeit physiotherapeutischer Leistungen

Ob und in welcher Höhe die Kosten für die Behandlung von Ihrer Versicherung übernommen werden, hängt davon ab, zu welchem Tarif Sie bzw. Ihr Kind bei Ihrer Krankenversicherung versichert sind. Bitte klären Sie dies (im Vorfeld) mit Ihrer Versicherung selbst ab. Der Behandlungsvertrag zwischen Ihnen bzw. Ihrem Kind als Patient und den behandelnden Therapeuten besteht unabhängig von den individuellen Versicherungsverhältnissen des Patienten. Der Patient verpflichtet sich zum Ausgleich der Honorarabrechnung, unabhängig davon, ob gegenüber Dritten, wie der Krankenversicherung, BG- oder Beihilfestellen ein Erstattungsanspruch besteht. .

3. Terminvereinbarung / Absagen von Terminen

Der Patient verpflichtet sich, die abgesprochenen Termine pünktlich einzuhalten. Bei nicht rechtzeitiger Absage (spätestens 24 Stunden vor dem Termin) wird eine Terminausfallgebühr in Höhe der Behandlungsgebühr erhoben.

Ich habe die vorstehenden Informationen zur Kenntnis genommen und verstanden. Ich akzeptiere die darin formulierten Regeln der Zusammenarbeit.

Halstenbek, den _____ Unterschrift _____



Einwilligungserklärung zur Datenverarbeitung

Gemäß der Datenschutzverordnung gem. Art. 13 und 14 DSGVO Information zum Datenschutz, bin ich verpflichtet, Sie über den Zweck der von Ihnen verwendeten und gespeicherten Daten zu informieren und Ihre Erlaubnis einzuholen.

Verantwortliche Stelle für die Datenverarbeitung ist: Osteopathie Doreen Wagner, Bickbargen 130, 25469 Halstenbek.

Von Patienten dieser Praxis werden folgende allgemeine Daten erhoben: Anrede, Vorname, Nachname; Anschrift nebst E-Mail-Adresse und Telefonnummer; Geburtsdatum; Kontodaten bei Verwendung von EC-Cash; gesundheitsbezogene Daten, Krankengeschichte

Die Verarbeitung der allgemeinen Daten erfolgt mit dem Zweck:

- Sie als unseren Patient/in identifizieren zu können;
- mit Ihnen Kontakt aufnehmen zu können und zu korrespondieren;
- Behandlung und Beratung
- Ihnen eine Rechnung/einen Vertrag zuschicken zu können;
- der Geltendmachung etwaiger Ansprüche gegen Sie.

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung der allgemeinen Daten:

Die Rechtsgrundlage bildet Art. 6 Abs. 1 S. 1 lit. b DSGVO. Die Verarbeitung ist für die Erfüllung des Vertrages mit Ihnen und zur Durchführung vorvertraglicher Maßnahmen erforderlich.

Speicherdauer:

Die für die Dauer der Behandlung von uns erhobenen personenbezogenen Daten werden bis zum Ablauf der gesetzlichen Aufbewahrungspflicht gespeichert. Nach § 257 HGB, § 147 AO beträgt die Aufbewahrungsfrist für Rechnungen 10 Jahre, soweit nicht nach anderen Vorschriften andere Aufbewahrungsfristen bestehen. Nach Ablauf dieser Frist werden die Daten gelöscht, es sei denn, dass wir nach Artikel 6 Abs. 1 S. 1 lit. c DSGVO aufgrund von steuer- und handelsrechtlichen Aufbewahrungs- und Dokumentationspflichten zu einer längeren Speicherung verpflichtet sind oder Sie in eine längere Speicherung gemäß Art. 6 Abs. 1 S. 1 lit. a DSGVO eingewilligt haben.

Datenweitergabe an Dritte & Information über gesetzliche oder vertragliche Bereitstellungspflichten

Eine Übermittlung Ihrer personenbezogenen Daten an Dritte kann erfolgen:

- soweit dies nach Art. 6 Abs. 1 S. 1 lit. b DSGVO für die Abwicklung des Vertrages/der Dienstleistung mit Ihnen erforderlich ist;
- falls anwaltliche und gerichtliche Hilfe in Anspruch genommen wird

Ich (Name, Vorname), _____ stimme der Speicherung meiner Daten zu.

Halstenbek, den _____

Unterschrift /Unterschrift Erziehungsberechtigter

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen so ausführlich aus, wie es Ihnen möglich ist. Was Sie nicht beantworten können oder evtl. nicht möchten, lassen Sie einfach offen. Sollte der Platz nicht reichen, benutzen Sie bitte die Rückseite oder ein extra Blatt. Wenn Ihnen Arztberichte zu vorausgegangenen Untersuchungen und Behandlungen vorliegen, bringen Sie diese bitte mit. Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!



Osteopathie Doreen Wagner

Heilpraktikerin · Osteopathin B.Sc. · Physiotherapeutin

Wenn ja, welche Art war die Verletzung und wann hat sie sich ereignet? _____

Allgemeine Informationen

Nehmen Sie regelmäßig Alkohol/Nikotin/Kaffee/Süßigkeiten/Drogen? Ja Nein

Wenn ja, welche/wie oft/wie viele? Seit wann? _____

Systemanamnese: Haben Sie:

Vorerkrankungen oder Beschwerden in den Atemwegen? (Allergien, Asthma, chron. Bronchitis, etc.)

Herz-Kreislaufsystem? (Blutdruck, Synkopen, Schwindel, Herzrhythmusstörungen, etc.)

Magendarmtrakt? (Sodbrennen, Völlegefühl, Blähungen, Verstopfung, Durchfälle, weicher Stuhl, etc.)

Neurologische Erkrankungen? (Parkinson, MS, Migräne, Schlaganfälle, Zittern, etc.)

Hormonelle Erkrankungen? (Schilddrüse, Bauchspeicheldrüse, etc.)

Hauterkrankungen? _____

Erkrankungen des Immun-/Lymph-/Gefäßsystems?

Bewegungsapparat? (Arthrosen, Bandscheibenschäden, Fehlstellungen) _____

Psychologisch? (Ängste, Depressionen, Traumen) _____

Treiben Sie Sport? Ja Nein

Wenn ja, welchen und wie oft? _____



Osteopathie Doreen Wagner

Heilpraktikerin · Osteopathin B.Sc. · Physiotherapeutin

Welchen Beruf üben Sie aus? _____

Besteht eine Allergie oder Unverträglichkeit?

Ja

Nein

Wenn ja, welche und seit wann? _____

Sind Stoffwechselstörungen (z. B. Diabetes, Schilddrüse) oder Funktionsstörungen an Organen (Herz, Lunge, Nieren, Leber, Magen, Darm) bekannt?

Ja

Nein

Wenn ja, welche? _____

Haben Sie Beschwerden wie

Schlafstörungen

Ja

Nein

Leistungsschwäche

Ja

Nein

Überforderung

Ja

Nein

familiäre Probleme

Ja

Nein

Gereiztheit

Ja

Nein

Stimmungsschwankungen

Ja

Nein

Angst

Ja

Nein

dauerhaften Stress

Ja

Nein

Unruhe

Ja

Nein

Probleme am Arbeitsplatz

Ja

Nein

Infektanfälligkeit

Ja

Nein

Verdauungsprobleme

Ja

Nein

Wenn ja, welche? _____

Gibt es in Ihrer Familie erbliche oder gehäuft auftretende Erkrankungen?

Ja

Nein

Wenn ja, welche? _____

Kiefer/Zähne

Haben Sie Schwierigkeiten mit den Zähnen?

Ja

Nein

Handelt es sich um

Zahnknirschen

Zahnpressen

Knackende Kiefergelenke

andere _____

Gab es schon einmal zahnärztliche operative Eingriffe oder Kieferorthopädische Operationen? Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Tragen Sie eine Zahnprothese?

Ja

Nein

Tragen Sie Zahnimplantate?

Ja

Nein



Osteopathie Doreen Wagner

Heilpraktikerin · Osteopathin B.Sc. · Physiotherapeutin

Tragen Sie eine Zahnklammer?

Ja

Nein

Hat Ihr Gebiss eine Fehlstellung?

Ja

Nein

Weitere eigene Angaben _____

Die Informationen sind richtig und vollständig, Halstenbek, den _____

Unterschrift _____