



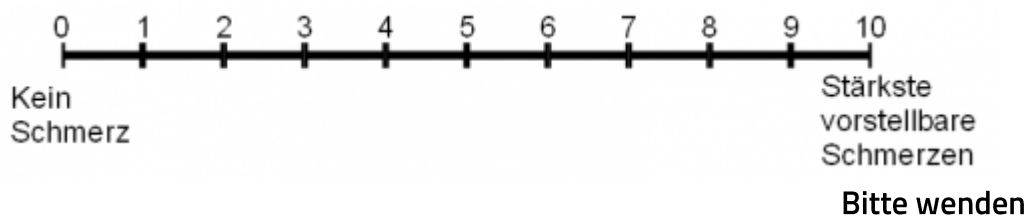
Anamnesebogen

[konzept]:gesundheit

Individuell wie Sie.

Vorname:		Name:	
Adresse:		Geb.-Datum:	
Vers.-Nr:	Zusatzversicherung:	Beruf:	
Tel.:		E mail:	

Bitte markieren sie den Bereich der schmerzt und falls vorhanden Narben!

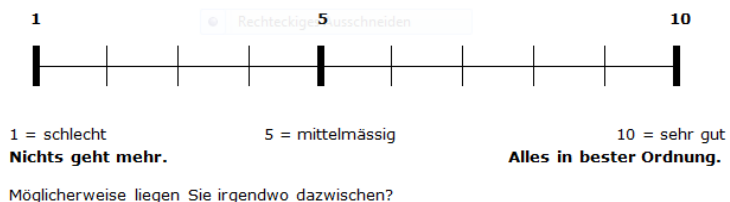


Gesundheitliche Informationen:

1. Befinden sie sich derzeit in ärztlicher Behandlung ja Nein
Wenn ja warum? _____
2. Sind sie in den letzten Monaten operiert worden? ja Nein
Wenn ja wo? _____
3. Nehmen sie Medikamente? ja Nein
Wenn ja Welche? _____
4. Leiden sie unter einer der folgenden Erkrankungen: (bitte zutreffendes unterstreichen)
Ansteckende Hautkrankheiten/ offene Wunden/Verletzungen/Fieber/geschwollene
Lymphdrüsen/Herzkreislaufprobleme/hoher Blutdruck/niedriger
Blutdruck/Rheuma/Epilepsie/Kopfschmerzen/Migräne/Diabetes/Asthma/Osteoporose/
Krampfadern/HIV Infizierung/ Krebserkrankung
5. Ist ein Bandscheibenvorfall bekannt? ja Nein
Wenn ja welche Wirbel sind betroffen? _____
6. Haben sie Einschränkungen im Bewegungsapparat? ja Nein
Wenn ja welche Region ist betroffen: _____
7. Haben sie Wurzelbehandelte Zähne/ gezogene Weisheitszähne/ einen Zahn in Behandlung?

Therapie Informationen:

8. Ist das ihre erste Massage ja Nein
9. Befinden sie sich der Zeit in weiteren Therapieformen? ja Nein
Wenn ja welche? _____
(z.B Osteopathie/Physiotherapie/Craniosacraletherapie)
10. Haben sie Allergien auf Pflegeprodukte? ja Nein
Wenn ja welche? _____
11. Wenn folgendes zutrifft bitte unterstreichen
sie hatten:
Autounfall mit Schleudertrauma/ Sturz auf das Steißbein/ Narben durch Unfälle oder als Kind beim
Spielen/ Sportverletzungen/Verbrennungen
12. Haben sie eine sitzende oder stehenden Tätigkeit (bitte einkreisen)
13. Wie hoch ist ihr Stresslevel?



Für Frauen:

14. Sind sie Schwanger ja Nein
Wenn ja welche Woche? _____
15. Hatten sie eine Section/Kaiserschnitt? ja Nein
16. Haben sie derzeit ihre Periode ja Nein
Wenn ja haben sie oft Schmerzen? ja Nein

Hiermit bestätige ich, dass alle hier gemachten Angaben wahrheitsgemäß vollständig sind und ich wissentlich nichts verschwiegen habe, was bei der Massage Anwendung von Bedeutung ist.

Datum: _____

Unterschrift: _____

Zustimmung zur Datenverarbeitung und Storno-Richtlinien

[konzept]:gesundheit behandelt Ihre **personenbezogenen Daten**, die wir als TherapeutInnen erheben, werden ausschließlich **zum Zweck der Heilmassage und ihrem Behandlungsverlauf**.

Wir nutzen für die Terminorganisation die Software „Doctena“ & „Terminland“.

Hierbei werden Daten wie Name, Handynummer und E-Mail-Adresse verarbeitet.

Zur Patientendokumentation und Rechnungslegung verwenden wir die Software „Therapie Arge“

Zusätzlich werden evtl. Sozialversicherungsnummer und ihre Wohnadresse verarbeitet.

Alle drei oben genannten Softwarefirmen unterliegen ebenfalls den DSGVO-Richtlinien.

Weitere Informationen finden sie auf:

www.doctena.com/doctena-de-privacy-policy/

<https://www.terminland.de/datenschutz/>

Gegebenenfalls werden Ihre persönlichen Daten (Name, Adresse, SV-Nummer, Telefonnummer), Diagnosen, Verordnungen / Bewilligungen, Leistungen und Daten zum Behandlungsverlauf mit folgenden Personen bzw. Institutionen geteilt

- Teammitglieder von Orthosportpraxis und Praxis Schmerzteam mittels des gesicherten Messenger „Threema“
- Ihrem Sozialversicherungsträger und Ihrer Pensionsversicherung mittels E-mail, Fax und gegebenenfalls Telefonat.
- Einer externen ärztlichen SpezialistIn oder TherapeutIn via E-Mail, SMS oder Telefonat

Sie als Patient/Patientin haben das Recht:

- auf Auskunft, Berichtigung, Löschung, Einschränkung, Datenübertragbarkeit und Widerspruch Ihrer personenbezogenen Daten
- auf die Möglichkeit des Widerrufs dieser Einwilligung
- auf das Bestehen eines Beschwerderechts bei einer Aufsichtsbehörde
- auf Information, ob die Bereitstellung der personenbezogenen Daten gesetzlich oder vertraglich vorgeschrieben oder für einen Vertragsabschluss erforderlich ist
- auf Information, ob Sie verpflichtet sind, die personenbezogenen Daten bereitzustellen und welche Folgen die nicht Bereitstellung hätte

Stornorichtlinien:

Ich erkläre mich bereit, bei nicht fristgerechter Terminstornierung innerhalb von 24 Std. ein Ausfallshonorar zur Gänze des Termins zu entrichten. Nur so kann gewährleistet werden das Akutpatienten schnellstmöglich versorgt werden können.

Datum: _____

Unterschrift: _____