



**Physiotherapie
Osteopathie**

Patientenfragebogen

Werte(r) Patient(in), bitte nehmen Sie sich einige Minuten Zeit, um diesen Fragebogen auszufüllen und lassen Sie ihn uns bitte ca. 1 Woche vor Ihrem Termin zukommen. So können wir gemeinsam Ihren ersten Termin bei uns so effizient wie möglich gestalten! Wir werden dann im persönlichen Gespräch die Einzelheiten besprechen.

Vielen Dank !

Allgemeine Angaben

Name, Vorname :

Geburtsdatum :

Straße/ Hausnr. :

PLZ / Ort :

Telefonnummer :

E Mail :

Familienstand :

Kinder:

Krankenkasse :

Beruf / ehemaliger Beruf :

Hobby / Sport :

Vorerkrankungen :

Leiden oder litten Sie in der Vergangenheit an einer der folgenden Erkrankungen ?
Wenn ja welche genau ?

Schlaganfall ☐

Zuckerkrankheit / Diabetes ☐

Blutungsstörungen ☐

Augenerkrankungen ☐

Fettstoffwechselstörungen ☐

Tumorerkrankungen/Krebserkrankungen ☐

Lebererkrankungen ☐

Chronische Infektionskrankheiten ☐

Psychische Erkrankungen ☐

Krampfleiden ☐

Neurologische Erkrankungen ☐

Hauterkrankungen ☐

Rheuma ☐

Schilddrüsenerkrankung ☐

Autoimmunerkrankungen ☐

Sonstiges: _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente/ Nahrungsergänzungsmittel/ Homöopathische Mittel ein ?

Nein ☐ / Ja ☐

Wenn ja welche ? _____

Sind Ihnen Allergien bekannt ? Wenn ja welche ?

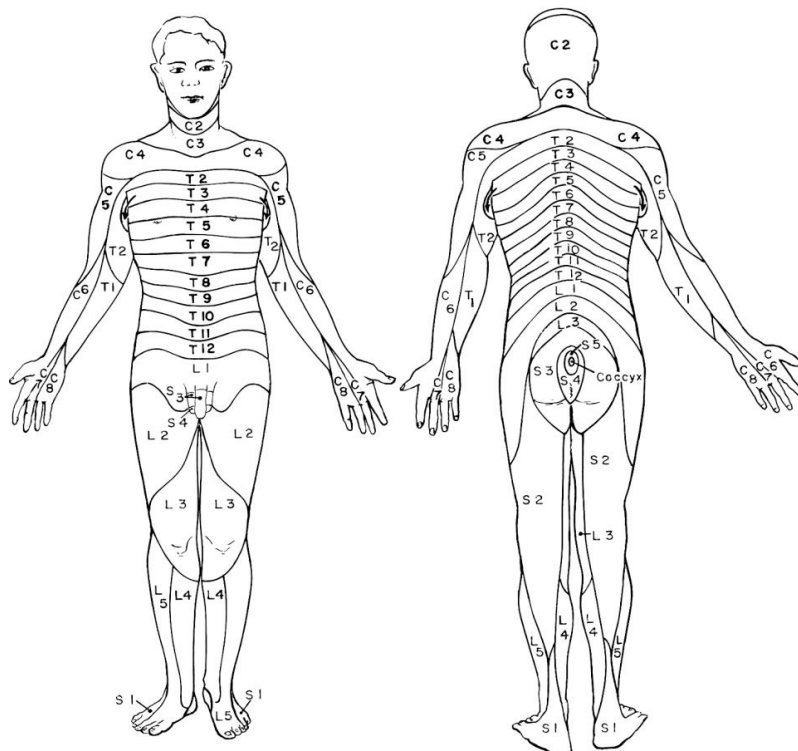
Wurden Sie schon einmal operiert ? Wenn ja wann und weshalb wurde eine OP durchgeführt ?

Gibt es Narben ? Wenn ja in welchen Bereich ?

Gab es in Ihrer Vergangenheit Unfälle , z.B. Autounfälle / Schleudertrauma ?

Aktuelle Beschwerden :

In welchem Bereich haben Sie Beschwerden ?



Seit wann bestehen die Beschwerden ?

Haben Sie Schmerzen ? Nein ☐ / Ja ☐

Wie würden Sie die Beschwerden beschreiben ?

Stechend ☐ Ziehend ☐ Pochend ☐ Krampfend ☐

Dumpf ☐ Brennend ☐ mit Kribbeln ☐

Sonstig

Wie stark ist der Schmerz ? (0= kein - 10= Max.)



Wann treten die Beschwerden auf ? Gibt es einen zeitlichen Zusammenhang ?

Morgens ☐ Abends ☐ Während oder nach Belastung ☐ in Ruhe ☐ in der Nacht ☐
während oder nach dem Essen ☐

Sonstiges:

Was bessert / was verstärkt die Beschwerden ?

Was geschah unmittelbar vor Beginn / erstmaligen Auftreten der Beschwerden ?
(z.B Verletzung/ Unfall/ OP/ Erkrankung/ Umzug/ persönliches Erlebnis)

Was wurde bereits zur Linderung unternommen ? (Behandlung/ Medikamente)

Fragen im Detail :

- zutreffendes bitte ankreuzen -

Allgemeines:

Trinkmenge : _____ L / Tag

Alkoholkonsum : Kein Konsum ☐ Monatlich ☐ Wöchentlich ☐ Täglich ☐

Rauchen Sie ? Nein ☐ / Ja ☐

Leiden sie unter:

Kopfschmerz ☐ Schwindel ☐ Häufige Infektanfälligkeit ☐

Schlafproblemen ☐ Müdigkeit ☐ Ruhelosigkeit ☐ Schwitzen in der Nacht ☐

Ungewolltem Gewichtsverlust ☐ Immer wieder leicht erhöhter Temperatur ☐

Geschwollenen oder schmerzhaften Lymphknoten ☐

Sonstiges: _____

Beschwerden im Bereich der Atemwege und Lunge:

Häufige Bronchitis ☐ Lungenentzündung ☐ Asthma ☐ COPD ☐

Allergische Atembeschwerden ☐ Atemnot ☐

Sonstiges: _____

Beschwerden im Herz-Kreislaufbereich:

Bluthochdruck ☐ Zu niedriger Blutdruck ☐

Spürbare Herzschläge/ Herzklopfen ☐ Beklemmungen ☐

Herzinfarkt ☐

Krampfadern ☐ Gestaute Beine ☐ Thrombosen ☐ Embolien ☐ Durchblutungsstörungen ☐

Sonstiges: _____

Beschwerden im Verdauungsapparat:

Sodbrennen ☐ Reflux ☐ Schluckstörungen ☐

Schmerzen (vor, während, nach der Speisenaufnahme) ☐ Nahrungsmittelallergie ☐

Nahrungsmittelunverträglichkeit ☐ Gallensteine ☐

Blähungen, Völlegefühl, Krämpfe ☐

Stuhlgang/ Frequenz : _____ /Tag

Verstopfung ☐ Durchfall ☐ Blut im Stuhl ☐

Sonstiges: _____

Beschwerden im urologischen Bereich:

Regelmäßige Blasenentzündungen ☐ Reizblase ☐ Nierensteine ☐ Prostatabeschwerden ☐

Ständiger Harndrang ☐ Ungewollter Harnabgang ☐ Probleme beim Wasser lassen ☐

Sonstiges: _____

Beschwerden im gynäkologischen Bereich:

regelmäßiger Zyklus ? Ja ☐ / Nein ☐

Schmerzen vor, während der Regel ☐ Beschwerden während des Eisprungs ☐

Haben/Hatten Sie Probleme während der Schwangerschaft ☐

wenn ja welche : _____

Haben/Hatten Sie Probleme schwangen zu werden ☐

Wie viele Geburten hatten Sie ? _____

Hatten Sie Fehlgeburten ☐

Sonstiges: _____

Bitte füllen Sie folgende Werte aus

Größe : _____ cm Gewicht : _____ kg

Blutdruck / Puls : _____

Was erwarten Sie von unserer Behandlung ?

Vielen Dank !

Behandlungsvertrag

Zwischen der
Praxis, nachfolgend Praxis für Funktionelle Medizin von Antje Krista genannt
Und

Name: _____ Geburtstag: _____

1. Punkt – Vertragsgegenstand

Vertragsgegenstand ist eine heilpraktikertypische heilkundliche Behandlung des/der Patienten/Patientin. Die Heilpraktikerbehandlungen umfassen unter anderem auch wissenschaftlich bzw. schulmedizinisch nicht anerkannte – naturheilkundliche – Heilverfahren.

2. Punkt – Honorar

- 2.1. Das Honorar berechnet sich nach dem jeweiligen Zeitaufwand der Behandlung. Sichtung von Patientenunterlagen wie Anamnesebogen, Befunde und Schreiben an Kostenträger außerhalb des Termins werden ebenfalls berechnet – pro angefangene zehn Minuten.
- 2.2. Das Honorar ist unmittelbar fällig und innerhalb von 14 Tagen nach Rechnungsstellung zu zahlen. Die Rechnungsstellung erfolgt durch einen externen Dienstleister. Wird keine Rechnung gewünscht, ist das Honorar in bar gegen Quittung zu zahlen.
- 2.3. Heilpraktiker nehmen nicht am System der gesetzlichen Krankenkassen teil. Gesetzlich Krankenversicherte erhalten deshalb grundsätzlich keine Erstattung der Behandlungskosten seitens ihrer Krankenkasse. Über etwaige Ausnahmen informieren Sie sich bitte bei Ihrer Krankenkasse vor Aufnahme der Behandlung.
- 2.4. Mitglieder privater Krankenversicherungen, privat zusatzversicherte und beihilfeberechtigte Patienten können einen Erstattungsanspruch ihrer Behandlungskosten gegenüber ihrer Versicherung haben. Das Erstattungsverfahren haben die Patienten gegenüber ihrer Versicherung eigenverantwortlich durchzuführen. Die Erstattungen sind in der Regel auf die Sätze des Gebührenverzeichnisses beschränkt. Etwaige Differenzen zwischen Gebührenverzeichnis und Heilpraktiker-Honorar sind von den Patienten zu tragen.

- 2.5. Die Ergebnisse sämtliche Erstattungsverfahren haben keinen Einfluss auf das vereinbarte Heilpraktiker-Honorar. Der Honoraranspruch des Heilpraktikers ist von den Patienten unabhängig von jeglicher Versicherungs- und/oder Beihilfeleistung in voller Höhe zu begleichen.
- 2.6. Heilpraktiker dürfen keine verschreibungspflichtigen Medikamente verordnen.
- 2.7. Die behandlungsrelevanten persönlichen Angaben und medizinische Befunde der Patienten werden in einer Patientenkartei erhoben und gespeichert.
- 2.8. Die Praxis wird nach dem Bestellsystem geführt. Dies bedeutet, dass die mit den Patienten vereinbarte Zeit auch ausschließlich für diese reserviert ist, wodurch in der Regel lange Wartezeiten erspart bleiben. Dies bedeutet jedoch auch, dass vereinbarte Termine, die nicht eingehalten werden können, spätestens 24 Stunden vorher abzusagen sind, damit die reservierte Zeit noch anderweitig verplant werden kann. Diese Vereinbarung dient nicht nur der Vermeidung von Wartezeiten im organisatorischen Sinne, sondern begründet zugleich beiderseitige vertragliche Pflichten. So kann den Patienten, die den Termin nicht rechtzeitig absagen, die vorgesehene Zeit und die Vergütung bzw. die ungenutzte Zeit in Rechnung gestellt werden (Ausfallhonorar). Dies gilt selbstverständlich nicht, wenn die Patienten an der Versäumnis kein Verschulden trifft.

3. Punkt – Heilversprechen

Es wird gemäß Heilmittelwerbegesetz (HWG) ausdrücklich darauf hingewiesen, dass durch die Heilpraktiker kein Versprechen auf Heilung oder Linderung gegeben wird.

4. Punkt – Schweigepflicht

Die Mitarbeitenden der Praxis für funktionelle Medizin von Antje Krista unterliegen der Schweigepflicht gemäß den gesetzlichen Bestimmungen. Sie verpflichten sich, über alles Wissen, das sie im Rahmen der Behandlung der Patienten erwerben, Stillschweigen zu bewahren, auch über deren Tod hinaus.

5. Punkt – Datenschutz

- 5.1. Der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten ist für uns sehr wichtig. Nach der DSGVO (EU-Datenschutz Grundverordnung) sind wir verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck unsere Praxis Daten erhebt, speichert, weiterleitet oder sonst verarbeitet. Der Information können Sie auch entnehmen, welche Rechte Sie haben.

- 5.2. Die Datenverarbeitung erfolgt, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und den Heilpraktikern erfüllen zu können. Wir verarbeiten Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Ihre Gesundheitsdaten. Dazu zählen Anamnesen, Diagnosen, Therapievorschläge und Befunde, die wir oder andere Behandlungspersonen (Ärzte/ Heilpraktiker usw.) erheben, bzw. erhoben haben. Zu diesen Zwecken können uns auch andere Ärzte, Heilpraktiker oder Psychotherapeuten, bei denen Sie in Behandlung sind, Daten zur Verfügung stellen (z.B. in Arztbriefen). Die Erhebung von Gesundheitsdaten ist Voraussetzung für Ihre Behandlung. Werden die notwendigen Informationen nicht erhoben oder bereitgestellt, kann eine sorgfältige Behandlung durch unsere Praxis nicht erfolgen.
- 5.3. Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder wenn Sie hierzu Ihre Einwilligung erteilt haben. Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten können vor allem andere Heilpraktiker / Ärzte / Psychotherapeuten / Physiotherapeuten, Krankenversicherungen, Labore und Ver- rechnungsstellen sein.
- 5.4. Die Übermittlung erfolgt überwiegend zum Zwecke der Abrechnung der bei Ihnen erbrachten Leistungen. Im Einzelfall kann die Übermittlung von Daten an weitere berechtigte Empfänger erfolgen. Wir bewahren Ihre personenbezogenen Daten nur so- lange auf, wie dies für die Durchführung der Behandlung erforderlich ist. Aufgrund rechtlicher Vorgaben sind wir allerdings dazu verpflichtet, diese Daten mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren (§630 f BGB). Nach anderen Vorschriften können sich längere Aufbewahrungsfristen ergeben, zum Beispiel 30 Jahre bei Rntgenaufzeichnungen laut Paragraf 28 Absatz 3 der Röntgenverordnung.
- 5.5. Sie haben das Recht, über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten Auskunft zu erhalten und können 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 Fllen haben Sie das Recht, die Einwilligung für die zukünftige Verarbeitung zu widerrufen. Sie haben ferner das Recht, sich bei der zuständigen Aufsichtsbehörde für den Datenschutz zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt. Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist Art. 9 Abs. 2 h DSGVO i.V.m. § 22 Abs. 1 Nr.1 b BDSG, Art. 6 Abs. 1 b DSGVO.

6. Punkt – Risiken und Nebenwirkungen

Vor der Behandlung verpflichten sich die Heilpraktiker der Praxis für Funktionelle Medizin von Antje Krista, die Patienten über mögliche Risiken und Nebenwirkungen aufzuklären sowie über die Kosten einer Behandlung.

7. Punkt – Schlussbestimmungen

- 7.1. Alle Änderungen oder Ergänzungen dieses Vertrages bedürfen zu ihrer Rechtswirksamkeit einer schriftlichen Vereinbarung zwischen den Parteien unter Ausschluss der elektronischen Form und der Textform (Fax, E-Mail); dasselbe gilt für die Änderungen oder Aufhebung dieser Schriftformklausel. Der Vorhang der Individualvereinbarung gemäß §305b BGB, gleich in welcher Form, bleibt unberührt.
- 7.2. Im Falle der Unwirksamkeit einer Regelung dieses Vertrages bleibt dieser im Übrigen wirksam. Die unwirksame Regelung wird durch eine solche Regelung ersetzt, welche dem erstrebten Vertragszweck am besten gerecht wird. Entsprechendes gilt im Fall einer Vertragslücke. § 306 BGB bleibt unberührt.

Ort, Datum: _____

Unterschrift Patient*in