

Liebe Patientin, lieber Patient,

für die optimale Vorbereitung einer ganzheitlichen Behandlung ist es notwendig, möglichst viele Informationen vorab über Ihren Gesundheitszustand zu erhalten. Bitte füllen Sie den Fragebogen dazu sorgfältig und vollständig aus und schicken ihn mir per Post zu oder bringen ihn zum Termin mit. Vielen Dank.

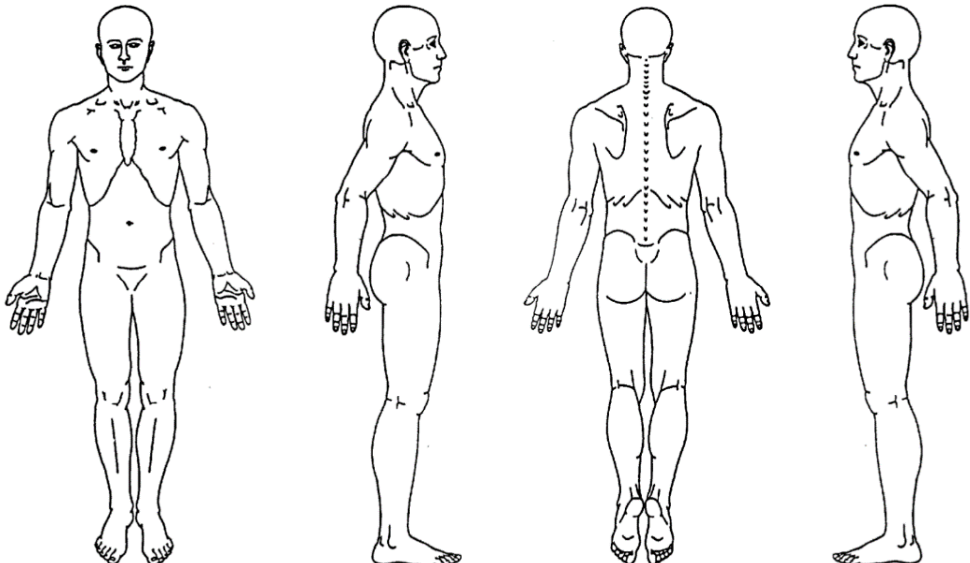
Name _____	Geburtsdatum _____
Vorname _____	Telefon _____
Straße _____	E-Mail _____
PLZ/Ort _____	_____
Versicherung: gesetzlich <input type="checkbox"/> Private Zusatzversicherung <input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/> Beihilfe <input type="checkbox"/>	
Name der Versicherung: _____	

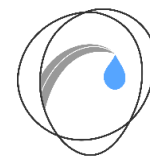
Beruf _____	Aktivitäten _____
Familienstand _____	Körpergröße _____
Kinder _____	Körpergewicht _____
Aktuelle Schwangerschaft? _____	Behandelnder Arzt _____

Aktuelle Beschwerden _____

Bitte markieren Sie,
wo sich Ihre aktuellen
Beschwerden befinden:

Punktuell mit einem X,
Ausstrahlung bitte
schraffieren.





Seit wann haben Sie die Beschwerden? _____

Gibt es einen Auslöser? _____

Wodurch werden sie schlimmer? _____

Wodurch werden sie besser? _____

Verändern sie sich über den Tag? _____

Wie stark sind die Schmerzen auf einer Skala von 0–10? _____

Hatten Sie bereits früher ähnliche Beschwerden? _____

Welche Untersuchungen wurden schon durchgeführt?
(z.B.: MRT, CT, Röntgen, Blut, Urin, Facharzt?) _____

Welche Therapien wurden schon durchgeführt? _____

Was versprechen Sie sich von der osteopathischen
Behandlung? _____

Bisherige Beschwerden

Hatten Sie schwerwiegende Stürze, Unfälle, Frakturen? Ja Nein

Wenn ja, welche und wann? _____

Hatten Sie Operationen? Ja Nein

Wenn ja, welche und wann? _____

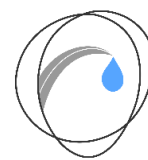
Nehmen Sie zurzeit Medikamente und/oder Nahrungsergänzungsmittel ein? Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Sind Sie zurzeit besonderen Belastungen ausgesetzt (z.B. beruflich, familiär,
psychisch)? Wenn ja, welche? Ja Nein

Haben Sie Allergien, Unverträglichkeiten oder Hauterkrankungen? Ja Nein

Wenn ja, welche? _____



Systemanamnese

- Leiden Sie unter Kopfschmerzen oder Migräne? Ja Nein
- Haben Sie Beschwerden mit den Augen (z.B. kurz- oder weitsichtig, Grauer Star,...)? Ja Nein
Wenn ja, welche? _____
- Haben Sie Beschwerden mit den Ohren (z.B. Tinnitus, Schwerhörigkeit,...)? Ja Nein
Wenn ja, welche und seit wann? _____
- Haben Sie Beschwerden am Kiefergelenk (z.B. Knirschen, Pressen, Knacken)? Ja Nein
Wenn ja, welche? _____
- Wurden Sie zahnärztlich behandelt (Wurzelbehandlungen, Zahnextraktionen oder Implantate)? Wenn ja, was und wo? Ja Nein

- Haben Sie chronische Nebenhöhlen- oder Mandelentzündungen, eine behinderte Nasenatmung, Operationen? Wenn ja, was davon? Ja Nein

- Haben Sie Schilddrüsenerkrankungen (z.B. Über-/ Unterfunktion, Hashimoto,...)? Ja Nein
Wenn ja, welche? _____
- Haben Sie eine Herz-/Kreislaufkrankung (z.B. hoher/niedriger Blutdruck, Herz-Infarkte, Stents,...)? Wenn ja, welche? Ja Nein

- Haben/ Hatten Sie Erkrankungen der Lunge? (z.B. Bronchitis, häufiges Husten, Asthma, COVID-19,...) Wenn ja, welche? Ja Nein

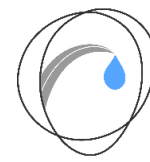
- Haben Sie Leber-/ Gallenbeschwerden (z.B. Koliken, Fettunverträglichkeiten, Steine,...)? Wenn ja, welche? Ja Nein

- Haben Sie Magen-/ Darmbeschwerden (z.B. Völlegefühl, Sodbrennen, Blähungen, Verstopfung, Durchfall, Geschwür,...)? Wenn ja, welche? Ja Nein

- Haben Sie Nieren-/ Blasenbeschwerden (z.B. Blasenentzündungen, Nierenbeckenentzündungen, Steine, Inkontinenz,...)? Wenn ja, welche? Ja Nein

- Leiden Sie unter Diabetes oder Gicht? Ja Nein
- Haben Sie Rückenprobleme (z.B. Bandscheibenvorfall, Osteoporose, Schmerzen, Verspannungen,...)? Wenn ja, welche? Ja Nein

- Haben Sie Beschwerden an Armen/ Beinen (z.B. Schmerzen, Kribbeln, Taubheits- oder Kältegefühl, Krampfadern,...)? Wenn ja, welche? Ja Nein



Für Frauen: Haben Sie Menstruationsbeschwerden?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Für Männer: Haben Sie Prostatabeschwerden (z.B. Verzögerung beim Wasser lassen, Vergrößerung, Tumor...)? Wenn ja, welche? _____	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Haben Sie Schlafprobleme (z.B. häufiges Erwachen, Schlaflosigkeit, unruhige Beine, Nachtschweiß,...)? Wenn ja, welche? _____	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Durchschnittliche Schlafdauer (in Stunden): _____		

Möchten Sie weitere Angaben machen, die bisher nicht abgefragt wurden?

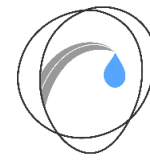
Familienanamnese:

Welche Erkrankungen sind Ihnen aus Ihrer Familien bekannt (nur Eltern und Geschwister)?

Bitte bringen Sie relevante Befunde zum Termin mit (Arztbriefe, Röntgenbilder, weitere Aufnahmen (bei MRT oder CT Aufnahmen bitte nur den Bericht, gerne in Kopie)).

Ich habe den Fragebogen vollständig gelesen und nach bestem Wissen beantwortet:

Datum: _____ Unterschrift (ggf. Sorgeberechtigte): _____



Patientenaufklärung

Osteopathie ist eine eigenständige Form der Medizin mit dem Ziel, Funktionsstörungen und deren Ursachen zu erkennen und zu behandeln. Der Patient wird in seiner Gesamtheit betrachtet. Nach einem ausführlichen Anamnesegespräch wird der Patient vom Therapeuten mit den Händen untersucht. Die Therapie ergibt sich ganz individuell daraus. Anwendungsbereiche sind Funktionsstörungen des Stütz- und Bewegungsapparates, der inneren Organe, des Nervensystems sowie des Cranio-Sacral-Systems. Ein Behandlungserfolg kann nicht garantiert werden.

Kontraindikationen (Gegenanzeigen):

Die wichtigste Kontraindikation ist eine unsichere oder ungeklärte Diagnose. Sollte bei der Anamnese oder bei der Untersuchung bei Ihnen eine Kontraindikation festgestellt werden, werden Sie darüber aufgeklärt und gegebenenfalls zur weiteren Abklärung an einen Arzt verwiesen. Des Weiteren ist Osteopathie als Primärbehandlung kontraindiziert bei: Aneurysmen, akuten Entzündungen, Infektionserkrankungen, Brüchen, Tumorerkrankungen, Bluterkrankheit, Durchblutungsstörungen des Gehirns, Thrombosen, schwerem Krankheitsgefühl, akuten Herz-Kreislaufbeschwerden und fieberhaften Erkrankungen.

Bitte wenden Sie sich in diesen Fällen zuerst an Ihren Arzt!

Mögliche Reaktionen nach der osteopathischen Behandlung:

kurzfristige Symptomverschlimmerung, kurzes Akutwerden einer chronischen Entzündung, Müdigkeit, Schwindel, Kopfschmerzen, Fieber, Schlafstörungen, Muskelkaterähnliche Schmerzen

Den obigen Text habe ich zur Kenntnis genommen und erkläre mich mit dessen Inhalt einverstanden.
Diese Erklärung wurde von mir vor Behandlungsbeginn unterzeichnet.

Datum: _____ Unterschrift (ggf. Sorgeberechtigte): _____

Behandlungsvertrag

Zwischen Osteopathie Kühltau – Aleksander Kühltau und dem auf Seite 1 genannten Patienten bzw. bei Minderjährigen dessen Sorgeberechtigten.

1. Vertragsgegenstand

Gegenstand des Vertrages ist die osteopathische Untersuchung und Behandlung des Patienten.

2. Honorar

Für die Leistungen in meiner Praxis werde ich Ihnen ein Honorar in Rechnung stellen, das sich am Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebÜH) orientiert. Für eine Behandlungszeit zwischen 30 und 60 Minuten wird ein Betrag zwischen 56 € und 110 € vereinbart. Die Dauer der Behandlung richtet sich nach dem Behandlungsverlauf. Das Honorar ist unmittelbar fällig und innerhalb von 14 Tagen nach Rechnungsstellung zu zahlen.

3. Hinweise

Terminvereinbarung / Absagen von Terminen:

Die Praxis ist nach einem Bestellsystem geführt, das heißt, die vereinbarte Zeit ist ausschließlich für den jeweiligen Patienten reserviert. Daher ist der Patient verpflichtet, seine Termine pünktlich einzuhalten und falls nötig, Termine so früh wie möglich, jedoch spätestens 24 Stunden vorher abzusagen (telefonisch, auf dem Anrufbeantworter oder unter osteopathie.kuehltau@gmail.com). Für unentschuldig nicht wahrgenommene oder zu spät abgesagte Termine werde ich eine Ausfallgebühr von 65 € in Rechnung stellen.

Abrechenbarkeit osteopathischer Leistungen:

Der Leistungsumfang bei den Tarifen der privaten Krankenversicherungen sowie bei den freiwilligen Zuschüssen der gesetzlichen Krankenkassen variiert stark. Daher hat der Patient die Erstattbarkeit selbst vor der ersten Behandlung mit der eigenen Krankenversicherung abzuklären. Die Rechnungsstellung erfolgt unabhängig von einer möglichen Erstattung durch die jeweilige Krankenversicherung und deren Begleichung ist nicht abhängig von der Leistung der Versicherung. Ein Eigenanteil kann für Sie anfallen.

Den obigen Text habe ich zur Kenntnis genommen und erkläre mich mit dessen Inhalt einverstanden.
Diese Erklärung wurde von mir vor Behandlungsbeginn unterzeichnet.

Datum: _____ Unterschrift (ggf. Sorgeberechtigte): _____

Aushang Patienteninformation zum Datenschutz

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

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

1. Verantwortlichkeit für die Datenverarbeitung

Osteopathie Kühltau | Aleksander Kühltau | Schillerstr. 7 | 75038 Oberderdingen | 0176 / 576 102 77

2. Zweck der Datenverarbeitung

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und uns und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen. Hierzu verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Ihre Gesundheitsdaten. Dazu zählen alle Daten, die auf einer ärztlichen Verordnung aufgeführt sind sowie Diagnosen, Therapievorschläge und –methoden und Befunde, die wir oder Ärzte erheben. Zu diesen Zwecken können uns auch andere Ärzte oder Therapeuten, bei denen Sie in Behandlung sind, Daten zur Verfügung stellen, z.B. in Arztbriefen oder Therapieberichten. Die Erhebung von Gesundheitsdaten ist Voraussetzung für Ihre Behandlung. Diese notwendigen Informationen benötigen wir, um eine sorgfältige Behandlung durchzuführen.

3. Empfänger Ihrer Daten

Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben. Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten können vor allem Ärzte, andere Therapeuten, Krankenkassen und Abrechnungsstellen sein. Die Übermittlung erfolgt vorwiegend zum Zwecke der Abrechnung der bei Ihnen erbrachten Leistungen, zur Klärung von medizinischen und sich aus Ihrem Versicherungsverhältnis ergebenden Fragen. Im Einzelfall erfolgt die Übermittlung von Daten an weitere berechnigte Empfänger.

4. Speicherung Ihrer Daten

Wir bewahren Ihre personenbezogenen Daten nur solange auf, wie dies gesetzlich erforderlich ist. Aufgrund rechtlicher Vorgaben sind wir dazu verpflichtet, diese Daten mindestens zehn Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren. Nach anderen Vorschriften können sich längere Aufbewahrungsfristen ergeben.

5. Ihre Rechte

Sie haben das Recht, über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten Auskunft zu erhalten. Auch können Sie 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 Fällen haben Sie das Recht, die Einwilligung für die zukünftige Verarbeitung zu widerrufen.

Sie haben ferner das Recht, sich bei der aufgeführten zuständigen Aufsichtsbehörde für den Datenschutz zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt.

Landesamt für Datenschutzaufsicht – Postfach 102932 – 70025 Stuttgart

6. Rechtliche Grundlagen

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist Artikel 9 Absatz 2 lit. h) DSGVO in Verbindung mit Paragraph 22 Absatz 1 Nr. 1 lit. b) Bundesdatenschutzgesetz. Sollten Sie Fragen haben, können Sie sich gerne an uns wenden.

Ihr Praxisteam

Einwilligungserklärung in die Datenverarbeitung

von Herrn / Frau

Anschrift

Ich bin einverstanden, dass durch die Praxis Osteopathie Kühltau, Aleksander Kühltau, Schillerstraße 7, 75038 Oberderdingen, meine Daten zu folgenden Zwecken erhoben, verarbeitet und genutzt werden: zur Pflege der Kontaktdaten, zur Erfüllung des Behandlungsvertrags, zur Abrechnung erbrachter Leistungen, zur therapeutischen Dokumentation, zum Erstellen von Behandlungsberichten und Arztbriefen.

Zu diesen Zwecken können Ihre Daten an den überweisenden Arzt, die Krankenkasse und/oder die Abrechnungsfirma weitergegeben oder übermittelt werden. Dort werden diese ebenfalls zu folgenden Zwecken verarbeitet und genutzt: zur Pflege der Kontaktdaten, zur Abrechnung erbrachter Leistungen mit Krankenkassen, zur therapeutischen Dokumentation.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass

- die im Rahmen der vorstehenden genannten Zweck erhobenen persönlichen Daten meiner Person unter Beachtung des DSGVO und des BDSG erhoben, verarbeitet, genutzt und übermittelt werden.
- die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten auf freiwilliger Basis erfolgt und dass ich mein Einverständnis verweigern mit der Folge, dass der Behandlungsvertrag nicht erfüllt werden kann und die Behandlung nicht zustande kommt.
- Ich bin jederzeit berechtigt, Auskunft über die zu meiner Person gespeicherten Daten zu verlangen.
- Ich bin jederzeit berechtigt, die Berichtigung, Löschung oder Sperrung einzelner personenbezogener Daten zu verlangen.
- Ich bin jederzeit berechtigt, mit Wirkung für die Zukunft diese Einwilligungserklärung zu widerrufen.

Im Falle des Widerrufs ist der Widerruf zu richten an:

Praxis Osteopathie Kühltau | Aleksander Kühltau

Straße Schillerstrasse 7

PLZ Ort 75038 Oberderdingen

Im Falle des Widerrufs werden meine Daten nach Ablauf gesetzlicher Fristen und falls solche nicht mehr zu beachten sind, mit dem Zugang der Willenserklärung der Praxis gelöscht. Die Praxis wird meinen Widerruf an die o. g. Dritten weiterleiten, die ihrerseits dann meine Daten löschen.

Den „**Anhang Patienteninformation zum Datenschutz**“ habe ich gelesen und verstanden.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift