



Datenschutzerklärung zum allgemeinen Patientenfragebogen

Sehr geehrte/r Patient/in,

um Ihnen eine angemessene und auf Ihr Gesundheitsproblem zugeschnittene Behandlung zukommen zu lassen, sind für uns vielfältige Informationen erforderlich, die sich allein aus Ihrer Heilmittelverordnung nicht ergeben. Dies können neben Angaben zur Person (wie Alter, Größe, Gewicht, bestimmte Gewohnheiten oder berufliche Tätigkeit) auch Angaben zu Ihrem Gesundheitszustand sein (bspw. Vorerkrankungen, erfolgte Operationen, Einnahme bestimmter Medikamente). Diese Informationen sind die Basis unserer Befunderhebung und sichern eine effiziente und für Sie erfolgreiche Therapie.

Um dieses Verfahren der Anamnese zu beschleunigen und Ihnen einen zügigen Start der Therapie zu ermöglichen, benutzen wir in unserer Praxis standardisierte Fragebogen. Dabei kann es vorkommen, dass durch den Fragenkatalog Daten abgefragt werden, die im Einzelfall für Sie oder Ihren Behandlungsanlass ohne Bedeutung sind. Sollten Sie also eine der Fragen nicht verstehen oder deren Sinnhaftigkeit für Ihre Therapie nicht nachvollziehen können, lassen Sie diese zunächst aus und besprechen Sie sie bitte direkt mit Ihrem behandelnden Therapeuten.

Selbstverständlich steht es Ihnen frei, Fragen nicht zu beantworten. Sie haben jederzeit das Recht bestimmte Angaben zu verweigern. Sollte es sich jedoch um Informationen handeln, die unsere Therapeuten für notwendig halten, um eine qualifizierte Behandlung durchzuführen oder Kontraindikationen für eine Behandlungstechnik auszuschließen, kann es bei einer Verweigerung dazu kommen, dass der Therapeut die Behandlung ablehnt.

Die von Ihnen gemachten Angaben werden als Teil der Behandlungsdokumentation archiviert. Wir versichern Ihnen, dass alle Angaben, die Sie hier machen den Regelungen zum Patientengeheimnis unterliegen und nicht an unberechtigte Dritte weitergegeben werden.

Zur Unterstützung Ihrer erfolgreichen Behandlung bitten wir Sie darum, den Fragebogen wahrheitsgemäß auszufüllen.

Ihr Praxisteam

Allgemeiner Patientenfragebogen



Nachname

Vorname

Geburtsdatum

Was ist der Grund für Ihren Besuch?

Wie und wobei machen sich die Beschwerden im Alltag bemerkbar?

Welches Ziel wollen Sie durch unsere Therapie erreichen?

Woran werden Sie es im Alltag merken, dass die Therapie erfolgreich ist?

Wodurch werden die Beschwerden ausgelöst?

Wie lassen sich die Beschwerden lindern? (z.B. Wärme, Kälte, Medikamente, Bewegungen etc.)

Wodurch werden die Beschwerden verstärkt? (z.B. Wärme, Kälte, bestimmte Bewegungen etc.)

Seit wann bestehen diese Beschwerden und wie haben Sie sich seitdem verändert?

Welche Therapien sind bisher erfolgt und wie haben diese geholfen?

Leiden Sie an einer chronischen und/oder schweren Krankheit?

Haben Sie schon einmal eine schwere Krankheit durchgemacht? (Welche und wann?)

Hatten Sie Unfälle oder schwere Verletzungen?

| Datum | Art des Unfalls/der Verletzung | Zurückgebliebene Folgeschäden |
|-------|--------------------------------|-------------------------------|
|-------|--------------------------------|-------------------------------|

Hatten Sie schon einmal einen Krankenhausaufenthalt?

Datum

Ursache

Nehmen Sie zurzeit Medikamente?

Medikament

Einnahmehäufigkeit

Einnahme seit

Nebenwirkungen

Persönliche Daten:

Arbeitsunfähig seit? _____

Alter: _____ Größe: _____

Gewicht: _____

Familienstand: _____ Anzahl der Kinder: _____

Freizeitaktivitäten: _____

Erlerner Beruf: _____

Jetzige Tätigkeit: _____

Rauchen Sie? JA Nein Wenn ja, wieviel? _____

Trinken Sie Alkohol? JA Nein
Wenn ja, wie häufig und wieviel? _____

Geestland, den Unterschrift Patient/in: