

Persönliche Angaben & Anliegen

Bitte füllen Sie den Bogen vor dem ersten Termin vollständig und gut lesbar aus. Ihre Angaben helfen, mögliche Gegenanzeigen und Risiken frühzeitig zu erkennen. Bei akuten oder schweren Beschwerden wenden Sie sich bitte an den ärztlichen Bereitschaftsdienst (116117) oder im Notfall an 112.

1 | Persönliche Angaben

Nachname _____ Vorname _____

Geburtsdatum _____ Beruf / Tätigkeit _____

Straße / Hausnr. _____ PLZ / Ort _____

Telefon _____ E-Mail _____

Krankenkasse: ☐ GKV ☐ PKV Name: _____

Zusatzversicherung: _____

2 | Ihr aktuelles Anliegen

Hauptbeschwerde(n) / Anlass Ihres Besuchs:

Beginn der Beschwerden _____ Auslöser / Ereignis _____

Verlauf: ☐ plötzlich ☐ schleichend ☐ wiederkehrend ☐ dauerhaft

Schmerzintensität:



☐ Nacken ☐ Schulter ☐ Arm / Hand

☐ Brustkorb / Rippen ☐ Rücken ☐ Becken / Hüfte

☐ Bein / Fuß ☐ Kopf / Kiefer ☐ Bauch / Verdauung

Was verbessert oder verschlechtert die Beschwerden?

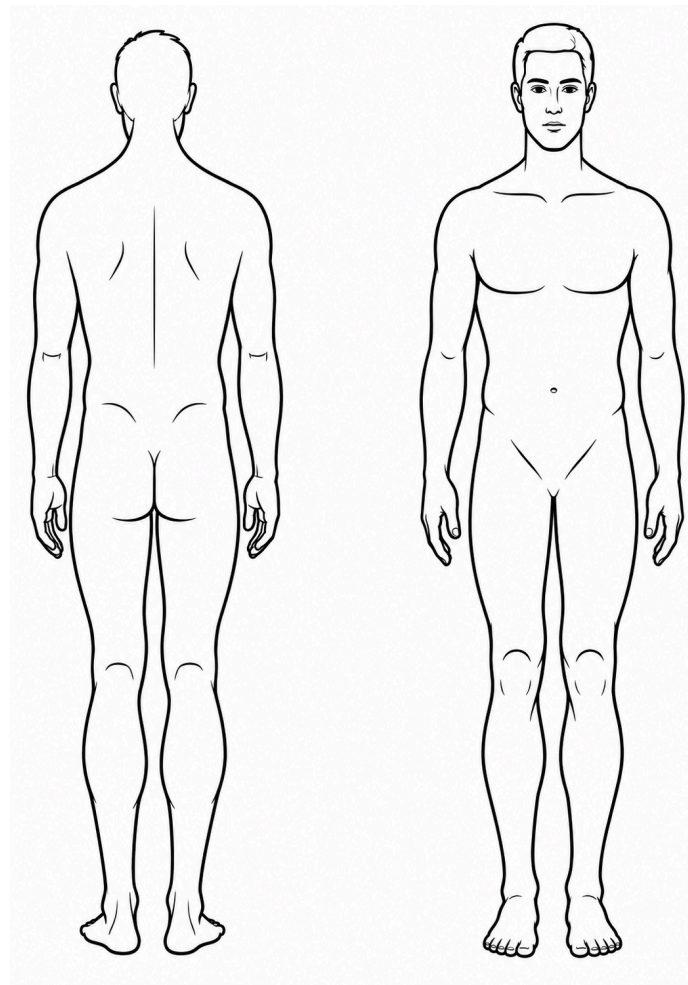
Welche Ziele haben Sie für die Behandlung?

Schmerzzonen

KÖRPERKARTE ZUM EINZEICHNEN

Bitte markieren oder schraffieren Sie die betroffenen Bereiche. Verwenden Sie bei Bedarf Symbole: X = Hauptschmerz, O = Ausstrahlung, Pfeil = Verlauf.

Körperkarte



RÜCKSEITE

VORDERSEITE

Schmerzcharakter und Verlauf

- | | | |
|---|-----------------------------------|---|
| ☐ dumpf / drückend | ☐ stechend | ☐ brennend |
| ☐ ziehend | ☐ pochend | ☐ elektrisierend |
| ☐ kribbelnd | ☐ taub | ☐ ausstrahlend |

Zusätzliche Hinweise zu den markierten Bereichen:

Medizinische Vorgeschichte

Bitte kreuzen Sie auch früher bestehende oder bereits behandelte Erkrankungen an. Ergänzen Sie relevante Diagnosen, Jahreszahlen und aktuelle Einschränkungen.

3 | Dringende Warnzeichen

Besteht aktuell eines der folgenden Symptome? Bei "Ja" bitte vor der Behandlung unbedingt erläutern.

- | | | |
|---|--|--|
| ☐ Brustschmerz / Atemnot | ☐ Ohnmacht / neue Verwirrtheit | ☐ plötzlicher stärkster Kopfschmerz |
| ☐ neue Lähmung / Sprachstörung | ☐ Gefühlsverlust im Schritt | ☐ Verlust Blasen-/Darmkontrolle |
| ☐ Fieber / schwere Infektion | ☐ ungeklärter starker Gewichtsverlust | ☐ frisches schweres Trauma |

Erläuterung / seit wann:

4 | Erkrankungen und Risiken

- | | | |
|---|--|--|
| ☐ Herz-/Kreislauferkrankung | ☐ Bluthochdruck | ☐ Herzschrittmacher / Implantat |
| ☐ Schlaganfall / TIA | ☐ Thrombose / Embolie | ☐ Blutgerinnungsstörung |
| ☐ Osteoporose / Knochenbruch | ☐ Bandscheibenvorfall | ☐ Rheuma / Entzündung |
| ☐ Arthrose | ☐ Krebserkrankung | ☐ Diabetes |
| ☐ Epilepsie / Krampfanfälle | ☐ Migräne / starker Kopfschmerz | ☐ Schwindel / Gleichgewicht |
| ☐ Taubheit / Kribbeln | ☐ Autoimmunerkrankung | ☐ Infektionskrankheit |
| ☐ Psychische Erkrankung | ☐ Sonstiges | |

Diagnosen, Zeitpunkt, aktueller Status:

5 | Operationen, Unfälle und Bildgebung

Operationen / Krankenhausaufenthalte (Art, Jahr):

Unfälle, Stürze, Schleudertrauma, Knochenbrüche (Art, Jahr):

Vorhandene Befunde / Bildgebung: ☐ Röntgen ☐ MRT ☐ CT ☐ Labor ☐ Arztbrief

Körperregion / Datum / Ergebnis:

Gesundheit, Medikamente & Alltag

6 | Medikamente und Allergien

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? ☐ nein ☐ ja

☐ Blutverdünner ☐ Kortison ☐ Schmerzmittel
☐ Blutdruckmittel ☐ Psychopharmaka ☐ Sonstige

Präparat, Dosierung, Grund:

Allergien / Unverträglichkeiten (z. B. Medikamente, Latex, Pflaster)? ☐ nein ☐ ja

Welche / Reaktion:

7 | Weitere Gesundheitsangaben

☐ Schwangerschaft möglich ☐ aktuell schwanger ☐ kürzlich entbunden
☐ Stillzeit ☐ Hör-/Sehhilfe ☐ Hilfsmittel / Prothese

Falls schwanger: Woche _____ Besonderheiten _____

Weitere gesundheitliche Angaben, die für die Behandlung wichtig sein könnten:

8 | Alltag und Belastung

Beruflicher Alltag: ☐ überwiegend sitzend ☐ stehend ☐ körperlich belastend

Sport / Bewegung (Art, Häufigkeit) _____ Schlaf (Std.) _____

Nikotin: ☐ nein ☐ ja Alkohol: ☐ nie ☐ gelegentlich ☐ regelmäßig

Aktuelle Stressbelastung: 
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
gering sehr stark

Arbeitsunfähigkeit seit _____

Besondere körperliche / psychische Belastungen:

9 | Bisherige Behandlungen

☐ Physiotherapie ☐ Osteopathie ☐ Chiropraktik
☐ Massage ☐ Injektion / Operation ☐ Psychotherapie

Wann, weshalb und mit welchem Ergebnis?

Sicherheit & Behandlungsrahmen

10 | Wichtige Hinweise vor der Behandlung

Die Angaben in diesem Anamnesebogen dienen der Vorbereitung und ersetzen weder die Untersuchung noch eine ärztliche Diagnostik. Osteopathische und chiropraktische Verfahren werden erst nach Anamnese, Untersuchung und individueller Nutzen-Risiko-Abwägung vorgeschlagen.

- Bitte informieren Sie den Behandelnden vor jeder Sitzung über neue Diagnosen, Medikamente, Schwangerschaft, Unfälle oder deutlich veränderte Beschwerden.
- Vor einer konkreten Maßnahme werden Zweck, Vorgehen, zu erwartender Nutzen, Behandlungsalternativen sowie wesentliche, für die Entscheidung relevante Risiken persönlich und verständlich erläutert.
- Sie können Fragen stellen, einzelne Maßnahmen ablehnen oder eine erteilte Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen.
- Das Ausfüllen und Unterschreiben dieses Bogens ist keine pauschale Einwilligung in Manipulationen oder andere konkrete Behandlungsmaßnahmen.

Sofortige medizinische Hilfe: Bei plötzlich auftretender Lähmung, Sprach- oder Sehstörung, einseitiger Schwäche, stärkstem ungewohntem Kopf- oder Nackenschmerz, Bewusstseinsstörung, Brustschmerz oder akuter Atemnot keine Behandlung abwarten, sondern 112 verständigen.

11 | Bestätigung der Angaben

Ich bestätige, dass ich die Fragen nach bestem Wissen vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet habe. Mir ist bekannt, dass unvollständige oder unzutreffende Angaben die Beurteilung und Behandlung beeinträchtigen können. Änderungen teile ich unaufgefordert mit.

Ort / Datum _____ Unterschrift Patient/in _____

Bei Minderjährigen: Name Sorgeberechtigte/r _____ Unterschrift _____

12 | Vom Behandelnden auszufüllen

Datum Ersttermin _____ Behandler _____

Relevante Befunde / Gegenanzeigen / Rücksprachebedarf:

Geplantes Vorgehen / Alternativen:

Individuelle Aufklärung (Maßnahme, wesentliche Risiken, Fragen, Entscheidung):

Datenschutzhinweise

INFORMATION NACH ART. 13 DSGVO

Verantwortlicher

Osteopathie & Chiropractic Care, Reiner Kiehlmann, Master of Science (Chiropraktik), Heilpraktiker, Am Saum 3, 37120 Bovenden. Datenschutzanfragen können postalisch an diese Anschrift gerichtet werden.

Zwecke, Datenarten und Rechtsgrundlagen

Wir verarbeiten Stamm-, Kontakt-, Termin-, Abrechnungs- und Gesundheitsdaten zur Anbahnung und Durchführung des Behandlungsvertrags, zur fachgerechten Behandlung und Dokumentation, zur Abrechnung sowie zur Erfüllung gesetzlicher Pflichten. Rechtsgrundlagen sind insbesondere Art. 6 Abs. 1 Buchst. b und c DSGVO. Gesundheitsdaten verarbeiten wir nach Art. 9 Abs. 2 Buchst. h DSGVO in Verbindung mit § 22 Abs. 1 Nr. 1 Buchst. b BDSG. Soweit eine Verarbeitung freiwillig ist, stützen wir sie auf Art. 6 Abs. 1 Buchst. a und gegebenenfalls Art. 9 Abs. 2 Buchst. a DSGVO.

Empfänger und Übermittlungen

Zugriff erhalten nur befugte, zur Vertraulichkeit verpflichtete Personen. Daten werden nur übermittelt, wenn dies für Behandlung oder Abrechnung erforderlich, gesetzlich vorgeschrieben oder von Ihnen gesondert erlaubt ist, etwa an mitbehandelnde Heilberufe, Labore, Abrechnungs-/Steuerstellen, Versicherungen oder sorgfältig ausgewählte IT-Dienstleister als Auftragsverarbeiter. Eine Übermittlung in Drittländer ist nicht beabsichtigt; sollte sie erforderlich werden, informieren wir Sie vorab über Rechtsgrundlage und Garantien.

Speicherdauer

Die Behandlungsakte wird grundsätzlich zehn Jahre nach Abschluss der Behandlung aufbewahrt (§ 630f Abs. 3 BGB), sofern keine längeren gesetzlichen Fristen oder berechtigten Gründe, insbesondere zur Geltendmachung, Ausübung oder Verteidigung von Rechtsansprüchen, entgegenstehen. Danach werden die Daten datenschutzgerecht gelöscht oder vernichtet.

Ihre Rechte

Sie haben im Rahmen der gesetzlichen Voraussetzungen Rechte auf Auskunft, Berichtigung, Löschung, Einschränkung der Verarbeitung, Datenübertragbarkeit und - soweit einschlägig - Widerspruch. Eine auf Einwilligung beruhende Verarbeitung können Sie jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen; die Rechtmäßigkeit der bisherigen Verarbeitung bleibt unberührt. Außerdem können Sie sich bei einer Datenschutzaufsichtsbehörde beschweren.

Zuständige Aufsichtsbehörde: Der Landesbeauftragte für den Datenschutz Niedersachsen, Prinzenstraße 5, 30159 Hannover, Telefon 0511 120-4500, poststelle@lfd.niedersachsen.de, www.lfd.niedersachsen.de.

Bereitstellung der Daten / automatisierte Entscheidungen

Die für Behandlungsvertrag, sichere Behandlung, Dokumentation und Abrechnung erforderlichen Angaben müssen bereitgestellt werden; ohne sie kann eine Behandlung gegebenenfalls nicht oder nicht sicher erfolgen. Freiwillige Angaben sind als solche erkennbar. Es findet keine ausschließlich automatisierte Entscheidungsfindung einschließlich Profiling statt.

Freiwillige Einwilligungen - bitte einzeln entscheiden

☐ Ich erlaube Terminerinnerungen über: ☐ Telefon / SMS ☐ E-Mail

Diese Einwilligung ist freiwillig und jederzeit für die Zukunft widerruflich. Eine Ablehnung hat keine Auswirkung auf die Behandlung.

☐ Ich habe die Datenschutzhinweise erhalten und zur Kenntnis genommen.

Ort / Datum _____ Unterschrift Patient/in bzw. Sorgeberechtigte/r _____

Praxis-Hinweis: Für eine konkrete Weitergabe von Gesundheitsdaten, z. B. an eine namentlich benannte Arztpraxis oder Versicherung, ist bei Bedarf eine separate, zweck- und empfangenbezogene Schweigepflichtentbindung zu verwenden.