

Eva-Maria Bläsi
Heilpraktikerin
Naumburger Str. 114
07743 Jena

Kontakt:
info@embody-praxis.de
0178 5530442
embody-praxis.de

embody
Praxis für
osteopathische Medizin

Anamnesebogen

Liebe Patienten, liebe Patientinnen,

Um ein besseres therapeutisches Bild von Ihnen zu erhalten, bitte ich Sie, in Ruhe diesen Fragebogen auszufüllen. Optimal wäre es, wenn Sie mir den Anamnesebogen (Bogen zur Erfassung von therapeutisch wichtigen Informationen) vor der ersten Behandlung per E-Mail zu senden, andernfalls bringen Sie ihn bitte zu Ihrem ersten Termin mit. Sollten Sie eine Frage nicht beantworten können oder verstehen nicht, was damit gemeint ist, so lassen Sie diese einfach frei. Dieser Fragebogen dient mir zur Erfassung wichtiger therapeutischer Informationen, um mir einen ersten Eindruck von Ihnen zu verschaffen. Er ersetzt nicht das Anamnesegespräch (ausführliches Patientengespräch), welches ich mit Ihnen persönlich in der Praxis durchführen werde.

Vielen Dank!
Eva-Maria Bläsi

Datenschutz

seit dem 25.05.2018 gilt die neue Datenschutzverordnung. Ich bin dazu verpflichtet, Sie über die Verwendung Ihrer personenbezogenen Daten zu informieren. Informationen bezüglich Ihrer Rechte für die Verwendung Ihrer Daten und den gesetzlichen Grundlagen für die Erhebung Ihrer Daten sind diesem Schreiben angehängt.

Die Datenverarbeitung geschieht zu folgenden Zwecken:

a) Ich behandle ihre Patientendaten vertraulich und erteilt bezüglich Diagnose, Inhalt von Beratungsgesprächen, Therapie und weiteren Begleitumständen sowie den persönlichen Verhältnissen des Patienten keine Auskünfte, es sei denn, der Patient stimmt ausdrücklich schriftlich oder in Textform zu. Dies gilt nicht, wenn ich aufgrund gesetzlicher Vorschriften zur Weitergabe der Daten verpflichtet bin, z. B. eine Meldepflicht gemäß Infektionsschutzgesetz besteht oder auf behördliche oder gerichtliche Anordnung hin auskunftspflichtig ist. Die Verschwiegenheit der Praxis gilt auch gegenüber Ehegatten, Verwandten und Familienangehörigen, es sei denn, der Patient bestimmt etwas anderes. Die Verschwiegenheit gilt nicht gegenüber Betreuern im Sinne des BGB und auch nicht gegenüber Personensorgeberechtigten für Minderjährige.

b) Ich speichere personenbezogene Patientendaten ausschließlich, soweit dies für Diagnoseberatung und Therapie sowie für die Abwicklung des Vertragsverhältnisses erforderlich ist. Es gelten hier die Vorschriften der europäischen Datenschutzgrundverordnung. Ich erhebe, speichere, nutze und verarbeite personenbezogene Patientendaten im Rahmen der gesetzlichen Aufbewahrungspflichten. Im Gesundheitsbereich gemäß § 630 g BGB (Dokumentationspflicht) 30 Jahre nach der letzten Behandlung und gemäß der Buchhaltungsvorschriften 10 Jahre nach der letzten Rechnungsstellung.

Gesundheitsbezogene Patientendaten werden erhoben, gespeichert und verarbeitet für die Diagnose, Beratung, soweit es ausschließlich für Diagnose, Beratung und Therapie erforderlich ist. Es gelten die Vorschriften der europäischen Datenschutzgrundverordnung.

Beide Kategorien von Daten kann ich auch verwenden, wenn im Zusammenhang mit Beratung, Diagnose oder Therapie persönliche Angriffe gegen die Praxis oder ein Praxismitglied und seine Berufsausübung stattfinden und er sich mit der Verwendung zutreffender Daten und Tatsachen entlasten kann. Die Daten werden auch im Interesse der Rechtsverfolgung weitergegeben und gespeichert.

Für alle Datenkategorien hat der Patient das Recht, Auskunft über die ihn gespeicherten Daten bei der Praxis zu erhalten, deren Löschung formlos durch einfache E-Mail zu verlangen bzw. deren Sperrung, wenn gesetzliche Aufbewahrungspflichten einer vollständigen Löschung entgegenstehen. Der Patient hat weiterhin das Recht, sich bei der Landesdatenschutzbehörde zu beschweren. Ich kann gespeicherte Daten auch an externe Dienstleister weitergeben, soweit dies zur Durchführung und Abwicklung des Vertragsverhältnisses erforderlich ist, beispielsweise an Rechtsanwälte, Buchhaltungsdienstleister und Steuerberater.

c) Verlangt der Patient eine Abschrift der Patientenakte, so kann diese kostenpflichtig gegen die Kopierkosten gemäß § 630 g BGB erstellt werden. Original-Unterlagen werden nicht herausgegeben.

d) mit der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Gesundheitsdaten bin ich einverstanden. Ich kann jederzeit meine Einwilligung zur Nutzung der Gesundheitsdaten widerrufen.

Ort, Datum

Unterschrift des Erziehungsberechtigten

Anamnesebogen Kinder / Jugendliche

Allgemeine Angaben zum Kind

Geschlecht: männlich weiblich

Geburtsdatum:

Name: Vorname:

Anschrift:

Hobbys:

Allgemeine Angaben zu den gesetzlichen Vertretern der Minderjährigen:

Name: Vorname:

Ggf. abweichende Adresse:

Tel. (privat): Handy:

Name des Hausarztes/Therapeuten:

Anschrift des Hausarztes/Therapeuten:

Angaben zum Kind:

aktuelles Körpergewicht: kg

Aktuelle Körpergröße: cm

Entwicklung des Kindes:

Informationen zur Geburt:

spontane Geburt Kaiserschnitt Einsatz einer Saugglocke Einsatz einer

Geburtszange

Dauer der Geburt:

Traten während der Geburt Komplikationen auf? – Wenn ja, welche?

Besonderheiten nach der Geburt – z.B. Hämatome

Welche der folgenden Angaben treffen/ trafen auf Ihr Kind im Babyalter zu? – Bitte ankreuzen

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Schulterluxation | <input type="checkbox"/> Trink-/Schluckstörungen |
| <input type="checkbox"/> Schiefhaltung des Körpers | <input type="checkbox"/> Tränenkanalverschluss |
| <input type="checkbox"/> Schiefhaltung des Kopfes | <input type="checkbox"/> Ohrenentzündungen |
| <input type="checkbox"/> Hüftdysplasie | <input type="checkbox"/> Gelbsucht |
| <input type="checkbox"/> Asymmetrie des Kopfes | <input type="checkbox"/> Schielen |
| <input type="checkbox"/> Koliken | <input type="checkbox"/> Augensenkung |

Gibt/gab es motorische Auffälligkeiten? – wenn ja, welche?

Ist Ihr Kind gekrabbelt?

- Nein
 Ja, wenn ja – ab welchem Monat?

Angaben zur Krankengeschichte:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Kopfverletzungen | <input type="checkbox"/> Stürze auf Becken/ Steißbein |
| <input type="checkbox"/> Knochenbrüche | <input type="checkbox"/> Sportunfälle |
| <input type="checkbox"/> Fuß- oder Knieluxationen | <input type="checkbox"/> Auto-/ Fahrradunfall |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges - bitte kurz beschreiben: | |

Weitere Erkrankungen:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Herz-/Kreislaufbeschwerden | <input type="checkbox"/> Blasen/Niere |
| <input type="checkbox"/> Atemorgane (Bronchien, Lunge, Nase, Rachen) (Mädchen) | <input type="checkbox"/> Menstruationsbeschwerden |
| <input type="checkbox"/> Verdauungsorgane | <input type="checkbox"/> Urogenitalorgane (Jungen) |
| <input type="checkbox"/> Wirbelsäule-, Gelenkschmerzen beschreiben | <input type="checkbox"/> Sonstiges – bitte kurz |

Wurde Ihr Kind operiert?

- Nein
 Ja - bitte genaue Angaben: Warum, was, wann und wie
-

Befand/ befindet sich Ihr Kind in Zahn-/ kieferorthopädischer Behandlung?

- Nein
 Ja, wenn ja – warum? (bitte kurz beschreiben)
-

Trägt Ihr Kind eine Brille?

- Nein
 Ja, wenn ja – seit wann und warum (bitte kurz beschreiben)?

Klagt Ihr Kind über Augenschmerzen?

- Nein
 Ja, wenn ja – bitte kurz beschreiben
-

Klagt Ihr Kind häufig über Kopfschmerzen?

- Nein
 Ja - wenn ja, in welchen Zeitabständen, wie fühlt sich der Schmerz an (z.Bsp. Druckschmerz oder stechende Schmerzen)
-

Hat Ihr Kind Konzentrations- oder Koordinationsstörungen?

- Nein
 Ja

Wieviel Zeit verbringt Ihr Kind mit Lesen, Fernseher, Computer, Smartphone ...?

Benötigt Ihr Kind regelmäßig Medikamente?

- Nein
 Ja, wenn ja- welche?
-

Befindet sich Ihr Kind zurzeit in Therapie (Ergotherapie, Logopädie ...)?

- Nein
 Ja, wenn ja – in welcher Therapie, seit wann und warum (bitte kurz beschreiben)
-

Vielen Dank für Ihre Bemühungen!