

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 Patienten

Anamnesebogen Erwachsene

Geschlecht: männlich weiblich

Geburtsdatum:

Name: Vorname:

Anschrift:

Telefonnummer: E-Mail:

Familienstand: ledig verheiratet geschieden verwitwet
Kinder: nein ja, Anzahl:

Name des Hausarztes/Therapeuten:

Anschrift des Hausarztes/Therapeuten:

Allgemeine Angaben:

aktuelles Körpergewicht: kg

Aktuelle Körpergröße: cm

Nichtraucher: Raucher:

1. Verletzungen (auch aus der Kindheit):

- Unfälle
- Knochenbrüche
- Kopfverletzungen
- Stürze
- Sportunfälle

2. Knicken Sie leicht mit dem Fuß um?

- Fuß rechts Fuß links

3. Neigen Sie zu Stürzen?

- Nein Ja

4. Leiden Sie unter folgenden Erkrankungen:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Gicht |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Gefäßerkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Allergien – wenn ja, welche? | |
-

- Unverträglichkeiten, wenn ja – welche?
-

5. Haben Sie Störungen, Erkrankungen oder Entzündungen an folgenden Organen?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Gehirn | <input type="checkbox"/> Nervensystem |
| <input type="checkbox"/> Lunge | <input type="checkbox"/> Magen-Darm-Trakt |
| <input type="checkbox"/> Nieren | <input type="checkbox"/> Blase |
| <input type="checkbox"/> Leber | <input type="checkbox"/> Gebärmutter |
| <input type="checkbox"/> Galle | <input type="checkbox"/> Herz |
| <input type="checkbox"/> Bauchspeicheldrüse | <input type="checkbox"/> Schilddrüse |

6. Haben Sie Probleme beim

- Stuhlgang Wasserlassen

7. Leiden Sie häufig unter

- | | |
|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Durchfall | <input type="checkbox"/> Verstopfung |
| <input type="checkbox"/> nervöser Magen | <input type="checkbox"/> Blähungen |

8. Leiden Sie unter

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Schlafstörungen | <input type="checkbox"/> Konzentrationsschwäche |
| <input type="checkbox"/> Gereiztheit | <input type="checkbox"/> Stimmungsschwankungen |
| <input type="checkbox"/> Unruhe | <input type="checkbox"/> Arbeitsproblemen |
| <input type="checkbox"/> Angstgefühlen | <input type="checkbox"/> Leistungsabfall |
| <input type="checkbox"/> Überforderung | <input type="checkbox"/> Familienprobleme |
| <input type="checkbox"/> Stress | <input type="checkbox"/> andere Probleme |

9. Fragen an Frauen:

Leiden Sie unter Menstruationsbeschwerden?

- Nein
 Ja, wenn ja – welche?
-

Haben Sie unregelmäßige Blutungen?

- Nein
 Ja, wenn ja – in welchem Abstand?
-

Haben Sie bereits Geburten hinter sich?

nein

ja - wenn ja, wie war die Geburt (Spontangeburt, Kaiserschnitt, Zangengeburt, Steißlage, PDA) – bitte kurz beschreiben

Gab es während der Schwangerschaft oder nach der Geburt Komplikationen?

nein

ja – wenn ja, bitte kurz beschreiben

Besonderheiten nach der Geburt – z.B. Hämatome

Leiden Sie unter Wechseljahrbeschwerden?

nein

ja, bitte kurz beschreiben

10. Allgemeine Fragen zum Lebensstil:

Essgewohnheit:

vegan vegetarisch Allesesser überwiegend Fastfood

besondere Diät, welche?

Trinkgewohnheit: Ich trinke ca. Liter am Tag.

Trinken Sie Alkohol?

nein

ja - wenn ja, bitte kurz beschreiben wie oft

11. Gibt es in Ihrer Familie besondere Krankheiten oder Erbkrankheiten? Bitte kurz beschreiben

12. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente oder andere Substanzen ein? Bitte kurz beschreiben

13. Wurden Sie schon mal operiert? Bitte kurz beschreiben

14. Welche Narkose haben Sie erhalten?

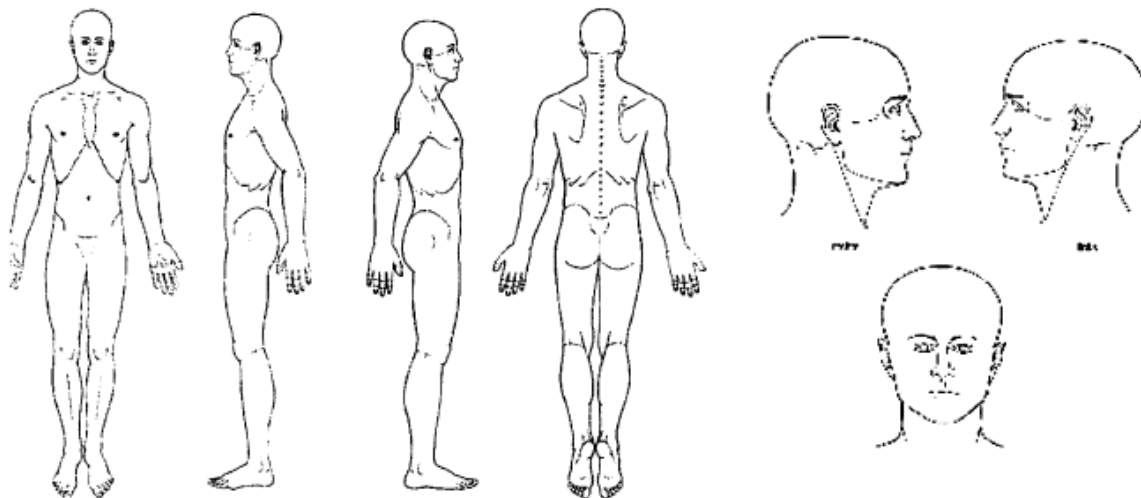
Vollnarkose Teilnarkose PDA (Rückennarkose)

15. Kam es zu Komplikationen oder postoperativen Beschwerden? Bitte kurz beschreiben

16. Welche Krankheiten hatten Sie bisher? Bitte kurz beschreiben

17. Ihre aktuellen Beschwerden:

Wo befinden sich die Schmerzen? Bitte markieren Sie den genauen Schmerzzort und die Fläche der Schmerzausstrahlung!



Beschreiben Sie Ihren Schmerz in einer Skala von 1 (sehr schwach) bis 10 (sehr stark):

(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)
Schwach
(kaum spürbar)
Schmerz
sehr stark
(stärkster vorstellbarer)

Seit wann haben Sie die Beschwerden?

Gab es vor dem ersten Auftreten der Beschwerden ein Ereignis (Impfung, Krankheit, seelische Belastung, Unfall, Medikamente etc.)? Bitte kurz beschreiben

Kam es zu einer Veränderung der Schmerzen?

- nein
 - ja – wenn ja, bitte kurz beschreiben
-

Wie oft haben Sie die Schmerzen?

- immer
- mehrmals am Tag
- wöchentlich
- seltener

Wann treten die Schmerzen auf?

- tagsüber
- nachts
- im Liegen
- im Ruhezustand
- bei Belastung
- beim Aufstehen
- nach dem Essen

Wodurch verschlimmern sich die Schmerzen? (Beispiel: Kälte, Wärme, Ruhe, Bewegung etc.)
Bitte kurz beschreiben

Beschreiben Sie bitte Ihr Schmerzempfinden (ziehend, bohrend, stechend, brennend, drückend, krabbelnd, krampfend, klopfend, reißend, beengend, dumpf etc.)

Treten zu den Schmerzen weitere Symptome auf?

- Schwellungen
 - Taubheitsgefühl
 - Kribbeln
 - Hautrötungen
 - Blässe
 - Bewegungseinschränkungen
 - Seh- oder Hörstörungen
 - Sonstiges – bitte kurz beschreiben
 - Schweißbildung
 - Schwindel
 - Berührungsempfindlichkeit
 - Muskelschwäche
 -
 - Koordinationsstörungen
-

Wie wurden die Schmerzen bisher behandelt und mit welchem Erfolg? -
Bitte kurz beschreiben.

Vielen Dank für Ihre Bemühungen!