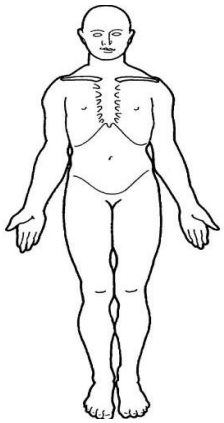
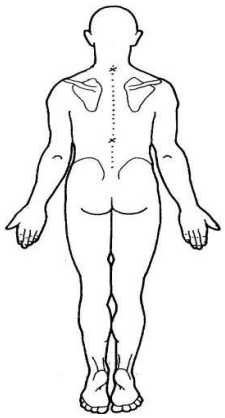
ANAMNESEBOGEN

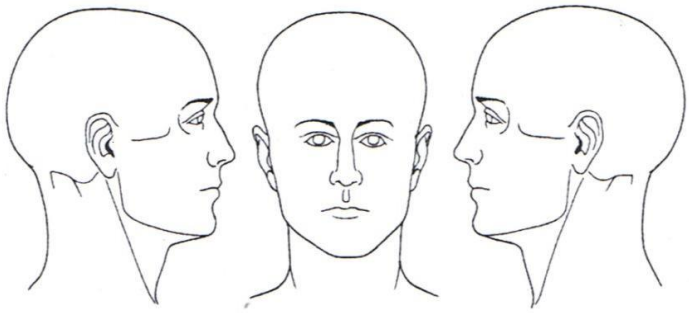
Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
es ist unser Ziel, Sie optimal zu behandeln. Dazu benötigen wir vorab ein paar Informationen zu Ihrer Person und zu Ihren Beschwerden. Alle Informationen unterliegen der Schweigepflicht und werden nicht weitergegeben.

Name, Vorname _____ Datum _____ Beruf _____

1.) **Wo** haben Sie ihre **Probleme** (bitte einzeichnen)?:







2.) Haben Sie **Schmerzen**? ja ☐ nein ☐

3.) Ist Ihre **Beweglichkeit** verändert? ja ☐ nein ☐

4.) Ist Ihre **Sensibilität** verändert
(Brennen, Kribbeln, Taubheit, Überempfindlichkeit, Nadeln)? ja ☐ nein ☐

5.) Ist Ihre **Kraft** verändert (Kraftlosigkeit, Lähmung)? ja ☐ nein ☐

6.) Was sind Ihre **Hauptbeschwerden im Alltag**? _____

7.) **Wie lange** haben Sie die **Beschwerden** schon? _____

8.) Haben Sie Ihre Beschwerden: **permanent** ☐ **mit Unterbrechungen** ☐

9.) Gab es einen **Auslöser** für Ihre Beschwerden (Sturz, Unfall, etc.)?

ggf. erläutern : _____

10.) Was **verschlechtert** Ihre Beschwerden? Zutreffendes bitte nachfolgend **einkreisen**:

Aktivität	**Ruhe/Liegen**	**Sitzen**	**Aufstehen**	**Bücken**
Stehen	**Gehen/Laufen**	**Heben**	**Tragen**	**Hobby**
Arbeit	**Sport**			

Bitte wenden

11.) Wie **stark** sind Ihre Schmerzen aktuell :

(kein Schmerz) ☐–☐–☐–☐–☐–☐–☐–☐–☐–☐–☐ (maximaler Schmerz)

12.) Sind Ihre Beschwerden (bitte ankreuzen): besser werdend ☐ gleich ☐

schlechter werdend ☐ variabel ☐

13.) Sind Sie **Asthmatiker/in**, **Diabetiker/in**, haben Sie **Osteoporose** oder andere Erkrankungen? ja ☐ nein ☐

14.) Haben Sie eine **Infektionskrankhei**t (z.B.: Hepatitis, AIDS, Tuberkulose, Herpes etc)?

15.) Haben Sie **Kopfschmerzen**? ja ☐ nein ☐

16.) Haben Sie **morgens, mittags, abends oder nachts** Schmerzen? Bitte **umkreisen**

17.) Hatten Sie in der letzten Woche **Fieber, nächtliches /extremes Schwitzen?** ja ☐ nein ☐

18.) Hatten Sie in Ihrem Leben schon **Unfälle** und /oder **Operationen**?

19.) Welche **Maßnahmen** zur **Diagnostik** oder **Therapie** wurden durchgeführt?

Röntgen ☐ Computer-/Kernspintomographie ☐ Spritze ☐ Massage ☐

Physiotherapie ☐ Training ☐ Anderes:

20.) Was sind Ihre **Erwartungen** und **Ziele** für die Therapie?

Vielen Dank für die Beantwortung der Fragen!

Datenschutzvereinbarung – Hinweise zur Datenverarbeitung

1. <u>Name und Kontaktdaten, des für die Verarbeitung Verantwortlichen:</u>
Jos Gielen, Schmerzzentrum/Präventionswerk, Talhausstr. 4/Gleisstraße 8/4, 68766 Hockenheim

2. <u>Erhebung und Speicherung personenbezogener Daten und Verwendungszweck derselben</u>
Wenn Sie als Patient von uns gespeichert werden, erhebe ich folgende Informationen:
• Anrede, Vorname und Nachnahme, Geburtsdatum, Anschrift, Telefonnummer/ Handynummer, eine gültige Emailadresse, Informationen, die sich auf Ihr Krankheitsbild beziehen

<u>Die Erhebung dieser Daten erfolgt,</u>
• Um Sie als Patient identifizieren zu können und Sie bestens behandeln zu können, zur Korrespondenz mit Ihnen, Zur Rechnungsstellung und zur Abwicklung von evtl. Haftungsansprüche sowie der Geltendmachung etwaiger Ansprüche gegen Sie.

Die Datenverarbeitung erfolgt auf Ihre Anfrage hin und ist nach Art. 6 Abs. 1 S. 1 lit. B DSGVO (Datenschutzgrundverordnung) zu den genannten Zwecken für die angemessene Behandlung und für die beidseitige Erfüllung von Verpflichtungen aus dem Behandlungsvertrag erforderlich. Die von mit erhobenen personenbezogenen Daten werden bis zum Ablauf der gesetzlichen Aufbewahrungspflicht von 4 Jahren gespeichert und danach gelöscht, es sei denn, dass Sie in eine darüberhinausgehende Speicherung nach Art. 6 Abs. 1, S.1 lit. A DSGVO eingewilligt haben.

<u>3.Weitergabe von Daten an Dritte</u>
Eine Übermittlung Ihrer persönlichen Daten an Dritte zu anderen als den im folgenden aufgeführten Zwecken findet nicht statt:
•Optica Abrechnungszentrum und Ärzte (mit Ihrem Einverständnis)
Die ärztliche Schweigepflicht bleibt hiervon unberührt.

<u>4.Betroffenenrechte</u>
Sie haben das Recht:
*gemäß Art. 7 Abs. 3 DSGVO Ihre einmal erteilte Einwilligung jederzeit mit gegenüber zu widerrufen. Dies hat zur Folge, dass ich die Datenverarbeitung für die Zukunft nicht mehrfortführen darf
*gemäß Art. 15 DSGVO Auskunft über Ihre von mir verarbeiteten personenbezogenen Daten zu verlangen (Verarbeitungszwecke, personenbezogene Daten, Empfänger Ihrer offengelegten Daten – Ärzte/Optica, Speicherdauer, das Bestehen eines Rechtes auf Berichtigung, Löschung, Einschränkung der Verarbeitung oder Widerspruch, das Bestehen eines Beschwerderechts, die Herkunft Ihrer Daten.
*gemäß Art. 16 DGSVO unverzüglich die Berichtigung unrichtiger oder Vervollständigung Ihrer bei uns gespeicherten Daten zu verlangen;
*gemäß Art. 17 DSGVO die Löschung Ihrer bei uns gespeicherten personenbezogenen Daten zu verlangen;
*gemäß Art. 18 Abs. 1 lit f. DSGVO die Einschränkung der Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten zu verlangen

<u>5.Widerspruchsrecht</u>
Sofern Ihre personenbezogenen Daten auf Grundlage von berechtigtem Interessegemäß Art. 6 Abs. 1 S.1 lit DSGVO verarbeitet werden, haben Sie das Recht, gemäß Art.21 DSGVO Widerspruch gegen die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Dateneinzulegen, soweit Gründe vorliegen, die sich aus Ihrer besonderen Situation ergeben.

Ich bin mit der Erhebung und Verwendung persönlicher Daten und Befunddaten nach Maßgabe der Patienteninformation einverstanden:

Datum, Ort:	
Vor- und Nachname:	
Unterschrift:	