Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

es ist unser Ziel, Sie optimal zu behandeln. Aus diesem Grund benötigen wir vorab ein paar Informationen. Alle Informationen unterliegen der Schweigepflicht und werden nicht weitergegeben. Vielen Dank für die Beantwortung der Fragen.

_Name:_____Vorname:_____

_Telefon:_____ E-Mail:_____

_Beruf:_____Sport/Hobby:_____

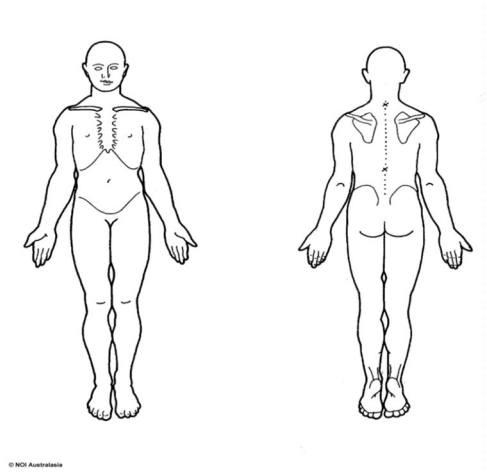
Eine Absage, auch im Falle von Krankheit, Verkehr oder vergessenen Termin, muss spätestens 24 Stunden vor der Behandlung erfolgen. Nicht rechtzeitig abgesagte Termine müssen wir Ihnen privat in Rechnung stellen.

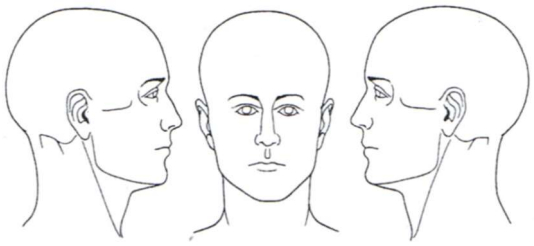
Eine Absage kann mündlich per Telefon oder auf dem Anrufbeantworter sowie schriftlich per Email erfolgen. Die Ausfallgebühren betragen je nach Termindauer € 15,- bis € 25,- und müssen von dem Patienten privat getragen werden (Kassen- und Privatpatienten). Nach dem Bezahlen der Ausfallgebühr kann ein Ersatztermin vereinbart werden.

Hiermit willige ich ein, dass meine Daten ggf. an den behandelnden/ überweisenden Arzt bzw. Hausarzt, einen praxisinternen Kollegen oder die Krankenkasse für therapierelevante Entscheidungen weitergegeben werden dürfen (z.B. Therapie-berichte auch per Email).

_Unterschrift:_____Datum:_____

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





2.) Was sind Ihre **Hauptbeschwerden**?_____

3.) Was sind Ihre **Nebenbeschwerden**?_____

4.) Gab es einen **Auslöser** für Ihre Beschwerden? (Unfall, Operation, Nahrungsmittelunverträglichkeit,...)

_____

5.) Haben Sie **Schmerzen**? Ja ☐ Nein ☐

6.) Ist Ihre **Beweglichkeit** verändert? Ja ☐ Nein ☐

7.) Ist Ihre **Sensibilität** verändert? (Brennen, Kribbeln, Taubheit, Überempfindlichkeit) Ja ☐ Nein ☐

8.) Ist Ihre **Kraft** verändert? (Kraftlosigkeit, Lähmung) Ja ☐ Nein ☐

9.) **Wie lange** haben Sie Ihre **Haupt- und Nebenbeschwerden** schon? _____

10.) Wie **stark** sind Ihre **Schmerzen momentan**? (bitte einkreisen):

(kein Schmerz) 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐ (max. Schmerz)

11.) Wie **stark** sind Ihre **Schmerzen maximal**? (bitte einkreisen):

(kein Schmerz) 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐ (max. Schmerz)

12.) Was **verbessert** Ihre Beschwerden? (Ruhe, Aktivität, Nahrungskarenz, Isolation, Krankschreibung,...)

_____

13.) Was **verschlechtert** Ihre Beschwerden? (Aktivität, Nahrungsaufnahme, Stress, Arbeitsplatz,...)

_____

14.) Haben Sie Ihre Beschwerden (bitte ankreuzen): **permanent** ☐ **mit Unterbrechungen** ☐

15.) Was bereitet Ihnen **im Alltag Beschwerden**? _____

16.) Beschreiben Sie kurz den **Tages-Verlauf** Ihrer Beschwerden:

_____

_____

17.) Sind Ihre Beschwerden über die Zeit betrachtet (bitte ankreuzen):

Hauptbeschwerden: **gleich** ☐ **besser** werdend ☐ **verschlechternd** ☐

Nebenbeschwerden: **gleich** ☐ **besser** werdend ☐ **verschlechternd** ☐

18.) Haben Sie Nebendiagnosen (z.B. Diabetes, Osteoporose, Bluthochdruck,...)? Ja ☐ Nein ☐

Wenn ja, welche?_____

19.) Nehmen Sie momentan **Medikamente** ein? Ja ☐ Nein ☐

Wenn ja, welche (bitte mit Dosierung):

_____

_____

20.) Haben Sie **nachts Schmerzen**? Ja ☐ Nein ☐

21.) Haben Sie in den letzten Wochen **unerwartet abgenommen**? Ja ☐ Nein ☐

22.) Hatten Sie in der letzten Woche **Fieber oder nächtliches Schwitzen**? Ja ☐ Nein ☐

23.) Hatten Sie in Ihrem Leben schon **Unfälle** und/oder **Operationen**? Ja ☐ Nein ☐

Wenn ja, welche und wann (Jahreszahl):

_____

_____

24.) Haben Sie **sonstige Beschwerden**, welche mit den Haupt-/Nebenbeschwerden nicht in Zusammenhang stehen? (Seh-, Sprech-, Hörprobleme, Inkontinenz etc.) Ja ☐ Nein ☐

Wenn ja, welche?_____

25.) Haben Sie Angst oder Bedenken, dass Belastung/Bewegung Ihrem Problem schadet? Ja ☐ Nein ☐

26.) Fühlen Sie sich **psychisch belastet** (z.B. am Arbeitsplatz, familiär,...) Ja ☐ Nein ☐

Wenn ja, bitte kurz beschreiben:

_____

_____

27.) Glauben Sie, dass Ihr **Problem langfristig** anhalten wird? Ja ☐ Nein ☐

28.) Welche **Maßnahmen** zur **Diagnostik** oder **Therapie** wurden bisher durchgeführt? (bitte einkreisen):

Röntgen ☐ CT ☐ MRT ☐ Spritze ☐ Massage ☐ Physiotherapie ☐

Anderes:

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

_____

Einwilligungserklärung in die Datenverabeitung

von
Herrn/Frau _____
Straße _____
PLZ, Ort _____

Ich bin einverstanden, das durch die Praxis Pure Move Physiotherapie & Osteopathie meine Daten zu folgenden Zwecken erhoben, verarbeitet und genutzt werden: Zur Pflege der Kontaktdaten; zur Erfüllung des Behandlungsvertrages, zur Abrechnung erbrachter Leistungen mit Krankenkassen; Abrechnungsstellen und dem Patienten sowie zur therapeutischen Dokumentation.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass

- Die im Rahmen des vorstehend genannten Zwecks erhobenen persönlichen Daten meiner Person unter Beachtung des DSGVO und des BDSG erhoben, verarbeitet, genutzt und übermittelt werden.
- Die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten auf freiwilliger Basis erfolgt und dass ich mich Einverständnis verweigern kann mit der Folge, dass der Behandlungsvertrag nicht erfüllt werden kann/nicht zustande kommen kann und die Behandlung mit der Krankenkasse nicht abgerechnet werden kann.
- Ich jederzeit berechtigt bin, Auskunft über die zu meiner Person gespeicherten Daten zu verlangen.
- Ich jederzeit berechtigt bin, die Berichtigung, Löschung oder Sperrung einzelner personenbezogener Daten zu verlangen.
- Ich jederzeit berechtigt bin, mit Wirkung für die Zukunft diese Einwilligungserklärung zu widerrufen.

Im Falle des Widerrufes ist der Widerruf schriftlich zu richten an:
Pure Move Physiotherapie & Osteopathie
Inhaber Nico Weimer
An der Krimm 19B
55124 Mainz

Im Falle eines Widerrufes werden meine Daten nach Ablauf der gesetzlichen Fristen und falls solche nicht mehr zu beachten sind, mit dem Zugang der Willenserklärung der Praxis gelöscht. Die Praxis wird meinen Wideruf an die o.g. Dritten weiterleiten, die ihrerseits dann meine Daten löschen.

Den Aushang „Patienteninformation zum Datenschutz“ habe ich gelesen und verstanden.

_____ _____

Mainz, den Unterschrift