

# Anamnesefragebogen

Liebe\*r Patient\*in,

für die optimale Vorbereitung einer ganzheitlichen Behandlung ist es notwendig, möglichst viele Informationen vorab über Ihren Gesundheitszustand zu erhalten. Bitte füllen Sie den Fragebogen dazu sorgfältig und vollständig aus und bringen ihn zu Ihrem Termin mit (oder füllen ihn im Wartezimmer aus). Vielen Dank.

Name _____	Geburtsdatum _____
Vorname _____	Telefon _____
Straße _____	E-Mail _____
PLZ/Ort _____	_____
Versicherung:      gesetzlich <input type="checkbox"/> Private Zusatzversicherung <input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/> Beihilfe <input type="checkbox"/>	
Name der Versicherung: _____	

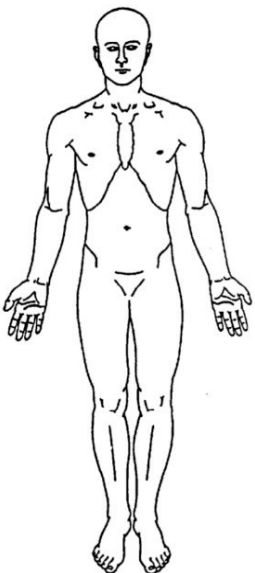

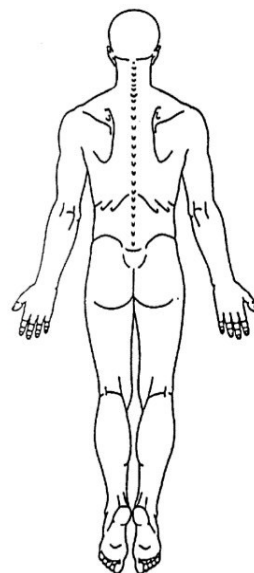
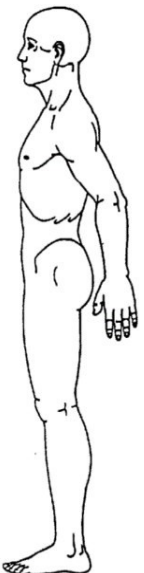
Beruf _____	Hobbys _____
Familienstand _____	Körpergröße _____
Kinder? _____	Körpergewicht _____
Aktuelle Schwangerschaft? _____	Behandelnder Arzt _____

**Aktuelle Beschwerden** \_\_\_\_\_

Schmerzskala:  
Wie stark sind Ihre Schmerzen?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
kein Schmerz							stärkster Schmerz			

Bitte markieren Sie, wo sich Ihre aktuellen Beschwerden befinden:  
Punktuell mit einem X, Ausstrahlung bitte schraffieren.

Seit wann haben Sie die Beschwerden?	_____
Gibt es einen Auslöser?	_____
Wodurch werden sie schlimmer?	_____
Wodurch werden sie besser?	_____
Verändern sie sich über den Tag?	_____
	_____
Hatten Sie bereits früher ähnliche Beschwerden?	_____
	_____
	_____
Welche Therapien wurden schon durchgeführt?	_____
	_____
	_____

Frühere oder weitere aktuelle Erkrankungen:	
Hatten Sie schwerwiegende Stürze, Unfälle, Frakturen?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche und wann?	_____
Hatten Sie Operationen?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche und wann?	_____
Nehmen Sie zurzeit Medikamente ein?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche?	_____
Sind Sie zurzeit besonderen Belastungen ausgesetzt (z.B. beruflich, familiär, psychisch)? Wenn ja, welche?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
	_____
Haben Sie Allergien, Unverträglichkeiten oder Hauterkrankungen?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche?	_____

## Systemanamnese

Haben Sie Beschwerden mit den Augen (z.B. kurz- oder weitsichtig, Grauer Star, ...)? Ja  Nein

Wenn ja, welche?  
\_\_\_\_\_

Haben Sie Beschwerden mit den Ohren (z.B. Tinnitus, Schwerhörigkeit, Schwindel)? Ja  Nein

Wenn ja, welche und seit wann?  
\_\_\_\_\_

Haben Sie Beschwerden am Kiefergelenk (z.B. Knirschen, Pressen, Knacken)? Ja  Nein

Wenn ja, welche?  
\_\_\_\_\_

Wurden Sie zahnärztlich behandelt (Wurzelbehandlungen, Zahnextraktionen oder Ja  Nein

Implantate)? Wenn ja, was und wo?  
\_\_\_\_\_

Haben Sie Schilddrüsenerkrankungen (z.B. Über-/ Unterfunktion, ...)? Ja  Nein

Wenn ja, welche?  
\_\_\_\_\_

Haben Sie eine Herz-/Kreislaufkrankung (z.B. hoher/niedriger Blutdruck, Herz- Ja  Nein

Infarkte, Stents, ...)? Wenn ja, welche?  
\_\_\_\_\_

Haben/ Hatten Sie Erkrankungen der Lunge? (z.B. Bronchitis, häufiges Husten, Ja  Nein

Asthma, COVID-19, ...) Wenn ja, welche?  
\_\_\_\_\_

Haben Sie Leber-/ Gallenbeschwerden (z.B. Koliken, Fettunverträglichkeiten, Ja  Nein

Steine, ...)? Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Haben Sie Magen-/ Darmbeschwerden (z.B. Völlegefühl, Sodbrennen, Ja  Nein

Blähungen, Verstopfung, Durchfall, Geschwür, ...)? Wenn ja, welche?  
\_\_\_\_\_

Haben Sie Nieren-/ Blasenbeschwerden (z.B. Blasenentzündungen, Nierenbecken- Ja  Nein

Entzündungen, Steine, Inkontinenz, ...)? Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Leiden Sie unter Diabetes oder Gicht? Ja  Nein

# Anamnesefragebogen

Haben Sie Rückenprobleme (z.B. Bandscheibenvorfall, Osteoporose, Schmerzen, ...)? Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_ Ja  Nein

Haben Sie Beschwerden an Armen/ Beinen (z.B. Schmerzen, Kribbeln, Taubheits- oder Kältegefühl, Krampfadern,...)? Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_ Ja  Nein

Haben Sie Schlafprobleme (z.B. häufiges Erwachen, Schlaflosigkeit, unruhige Beine, Nachtschweiß,...)? Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_ Ja  Nein

Durchschnittliche Schlafdauer (in Stunden): \_\_\_\_\_

**Für Frauen:** Haben Sie Menstruationsbeschwerden? Ja  Nein   
Anzahl der Schwangerschaften \_\_\_\_\_

**Für Männer:** Haben Sie Prostatabeschwerden (z.B. Verzögerung beim Wasser lassen, Vergrößerung, Tumor...)? Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_ Ja  Nein

Möchten Sie weitere Angaben machen, die bisher nicht abgefragt wurden?

## Familienanamnese:

Welche Erkrankungen sind Ihnen aus Ihrer Familie bekannt (nur Eltern und Geschwister)?

Bitte bringen Sie relevante Befunde zum Termin mit (Arztbriefe, Röntgenbilder, weitere Aufnahmen (bei MRT oder CT Aufnahmen bitte nur den Bericht, gerne in Kopie).

Ich habe den Fragebogen vollständig gelesen und nach bestem Wissen beantwortet:

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift (ggf. Sorgeberechtigte): \_\_\_\_\_

# Anhang Datenschutzrechtliche Informationen zur Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten

Sehr geehrte\*r Patient\*in,  
der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten ist uns wichtig. Nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) sind wir verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck unsere Praxis Daten erhebt, speichert oder weiterleitet. Der Information können Sie auch entnehmen, welche Rechte Sie haben.

## 1. Name und Kontaktdaten des Verantwortlichen

Praxis osteopathie4all  
Ulrike Bruckmann, Hans-Pfitzner-Straße 32, 69198 Schriesheim

## 2. Kontaktdaten des Datenschutzbeauftragten

Zur Benennung eines Datenschutzbeauftragten sind wir nicht verpflichtet.

## 3. Zwecke und Rechtsgrundlage der Verarbeitung der personenbezogenen Daten

Personenbezogenen Daten werden zu den folgenden Zwecken verarbeitet:

Umsetzung des Behandlungsvertrags mit Abrechnung, Rechtsgrundlage: Einwilligung nach Artikel 6 Abs.1 Buchstabe a DSGVO bzw. Art. 9 Abs. 2 lit. a DSGVO bezüglich der Gesundheitsdaten

## 4. Art der personenbezogenen Daten

Zu den unter 3. genannten Verarbeitungszwecken werden folgende personenbezogenen Daten verarbeitet:

**Zu 3a.** Gesundheitsdaten wie der Behandlungsverlauf, Kontaktdaten, Rechnungsdaten

**Zu 3b.:** Name und Email-Adresse

## 5. Empfänger der personenbezogenen Daten

Die Daten werden grundsätzlich nicht an Dritte weitergegeben. Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben. Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten können vor allem Ärzte, andere Therapeuten, Krankenkassen und Abrechnungsstellen sein.

## 6. Dauer der Speicherung Ihrer personenbezogenen Daten

Die Daten werden nur solange gespeichert, wie dies zur Erfüllung des Zwecks erforderlich ist.

Nicht gelöscht werden dürfen Daten, für die eine gesetzliche Pflicht zur Aufbewahrung besteht nach Art. 17 Abs. 3 DS-GVO, beispielsweise nach § 630 f Abs. 3 BGB die gesetzliche Aufbewahrungsfrist von 10 Jahren nach Abschluss der Behandlung. Eine Aufbewahrung kann auch danach noch erforderlich sein, wenn die Gesundheitsdaten wichtige Informationen enthalten, deren Aufbewahrung im Interesse des Berechtigten liegt.

Eine Aufbewahrung kann sich nach entsprechender Abwägung auch aus Art. 17 Abs. 3 lit. e DSGVO ergeben bei möglichen Schadensersatzansprüchen des Betroffenen.

## 7. Betroffenenrechte

Im Hinblick auf die von uns verarbeiteten personenbezogenen Daten haben Sie folgende Rechte:

- Auskunft über ihre bei uns gespeicherten Daten und deren Verarbeitung (Art. 15 DSGVO)
- Berichtigung unrichtiger personenbezogener Daten (Art. 16 DSGVO)
- Löschung Ihrer bei uns gespeicherten Daten (Art. 17 DSGVO)
- Einschränkung der Datenverarbeitung, sofern wir Ihre Daten aufgrund gesetzlicher Pflichten noch nicht löschen dürfen (Art. 18 DSGVO)
- Widerspruch gegen die Verarbeitung Ihrer Daten bei uns (Art. 21 DSGVO)

- Datenübertragbarkeit, sofern Sie in die Datenverarbeitung eingewilligt haben oder einen Vertrag mit uns abgeschlossen haben (Art. 20 DSGVO)

Sofern Sie uns eine Einwilligung erteilt haben, können Sie diese jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen.

Sie können sich jederzeit mit einer datenschutzrechtlichen Beschwerde an die zuständige Aufsichtsbehörde wenden (Art. 77 DSGVO i.V.m. § 19 BDSG):

Name: Dr. Stefan Brink

Postfach 10 29 32

70025 Stuttgart

Telefon: 07 11/61 55 41-0

8. Es besteht keine vertragliche oder gesetzliche Pflicht, uns Ihre personenbezogenen Daten zur Verfügung zu stellen. Ohne die Datenverarbeitung der unter 3a. genannten Daten können wir jedoch den Behandlungsvertrag nicht durchführen.

## **EINWILLIGUNG IN DIE DATENVERARBEITUNG**

**(Rechtsgrundlage: Art. 6 Abs. 1 lit. a, Art. 9 Abs. 2 lit. a DSGVO)**

HIERMIT erkläre ich,

Vorname: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

gegenüber der Praxis:

osteopathie4all

Ulrike Bruckmann

Hans-Pfitzner-Straße 32

69198 Schriesheim

meine Einwilligung in die Verarbeitung der Daten über meine Person, die auch sensible Gesundheitsdaten beinhalten können, zum Zwecke der

- Umsetzung des Behandlungsvertrags

Mir ist bewusst, dass ich die Einwilligung ganz oder teilweise jederzeit grundlos für die Zukunft widerrufen kann. Die Einwilligung erfolgt freiwillig. Erteile ich die Einwilligung nicht, entstehen mir keine Nachteile. Ohne Einwilligung ist jedoch die Umsetzung des Behandlungsvertrags nicht möglich.

Die Möglichkeit der Abrechnung bisheriger Leistungen bleibt hiervon selbstverständlich unberührt.

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

Datum:

\_\_\_\_\_  
Unterschrift