



Aufnahmebogen

Liebe Patientin, lieber Patient,

In der Manuellen Medizin und Osteopathie geht es darum, über die Symptome hinaus zu denken und ein möglichst weites Bild Ihrer Situation zu erfassen. Neben einer umfassenden Untersuchung ist damit auch eine gründliche Anamnese notwendig. Je genauere und vollständigere Informationen Sie mir geben können, desto deutlicher und umfassender wird das Bild, das ich mir von Ihrer Situation machen kann. Selbstverständlich bleiben sämtliche Informationen vollständig unter uns.

Wenn möglich, drucken Sie den Fragebogen aus und bringen ihn ausgefüllt zu unserem ersten Termin mit. Ich werde ihn dann eingehend mit Ihnen besprechen. Bei Beispielen genügt es zu unterstreichen, ansonsten antworten Sie bitte mit eigenen Worten.

Name _____

Anschrift _____

Geburtsdatum Telefon _____

Email _____

Zu Ihrer Person und Ihren Lebensgewohnheiten

Alter ____ Jahre Größe cm _____ Körpergewicht kg _____

Welchen Beruf üben Sie aus und wie viele Stunden arbeiten Sie im Schnitt?

Wie ist Ihr Familienstand? Haben Sie Kinder? Wenn ja, in welchem Alter?

Gehen Sie aktiv Hobbys nach?

Treiben Sie regelmäßig Sport? Wenn ja, welchen und seit wann?

Wie ist Ihr Schlafverhalten? Schlafen Sie gut ein? Schlafen Sie durch?

Leben Sie nach bestimmten Ernährungsrichtlinien?

Wie viel trinken Sie am Tag und was?



Manualmedizin-Hamm.de

Rauchen Sie? Wenn ja, seit wann und wie viel?

Trinken Sie Alkohol? Wenn ja, wie oft und wie viel?

Wie zufrieden sind sie ganz allgemein mit Ihrem Leben?

Sehr zufrieden / Zufrieden / Geht so / Unzufrieden / Sehr unzufrieden

Gibt es Bereiche in Ihrem Leben, die Sie als belastend empfinden?

Würden Sie gerne etwas in Ihrem Leben verändern?

Welche Beschwerden haben Sie aktuell?

Seit wann etwa bestehen diese Beschwerden?

Welche Beschwerden stehen für Sie persönlich im Vordergrund?

Glauben Sie einen Auslöser dieser Beschwerden zu kennen? *Gerne ganz subjektiv!*



Manualmedizin-Hamm.de

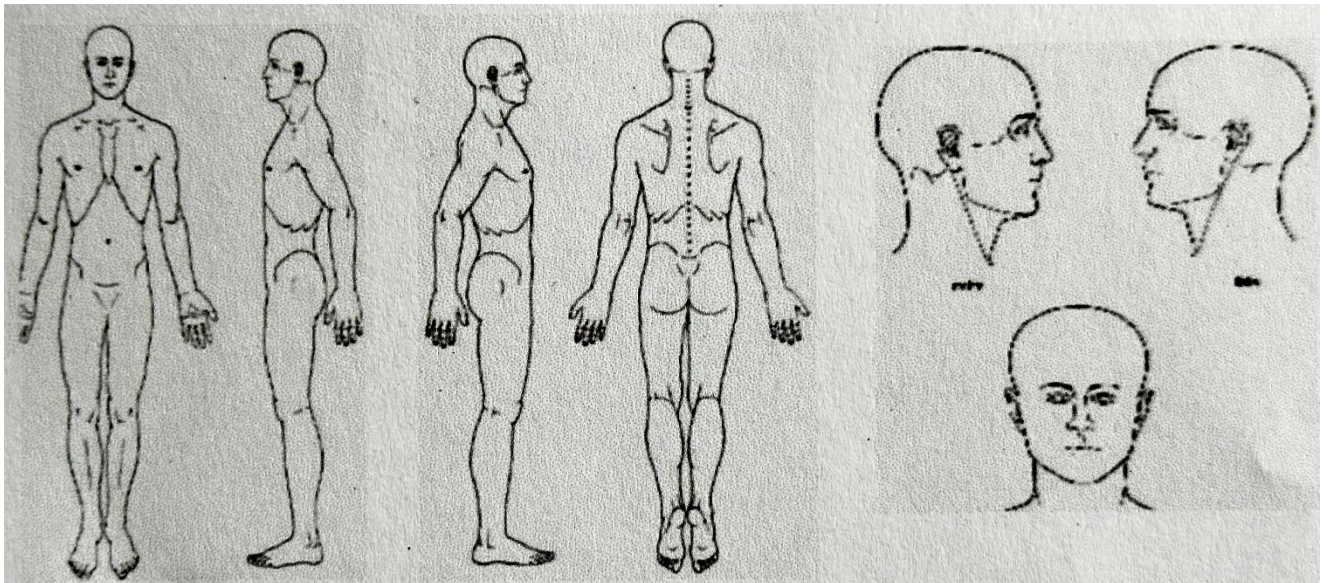
Was wäre für Sie ein erfolgreiches Ergebnis einer manualmedizinischen oder osteopathischen Behandlung?

Gibt es zu Ihren Beschwerden schon eine oder mehrere ärztliche Diagnose(n)? Wenn ja, welche?

Haben Sie schon andere Therapieversuche unternommen? Wenn ja, welche?

Treten Schmerzen oder Missempfindungen auf? Wenn ja, wo?

(Bei Schmerzen kreisen sie den Schmerzort ein und markieren ausstrahlende Schmerzen mit einem Pfeil)



Wie stark sind Sie die Schmerzen auf einer Skala von 1 (sehr leicht) bis 10 (maximal vorstellbar)?

1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10

Wie oft und seit wann haben Sie diese Schmerzen oder Missempfindungen?



Manualmedizin-Hamm.de

Was verschlimmert den Schmerz/ die Missempfindungen

körperliche Belastung - längeres Stehen/ Sitzen/ Gehen - Stress - Kälte - Wärme - tiefes Atmen - Husten

Sonstige: _____

Bezug zur Tageszeit? _____

Wie ist die Qualität des Schmerz- bzw. Missempfindens?

ziehend - brennend - stechend - klopfend - drückend - reißend - krampfend - dumpf - bohrend - kolikartig -
kribbelnd - taub - Ameisenlaufen - kalt - heiß

anderes: _____

Was verbessert den Schmerz/ die Missempfindungen?

Bewegung - Ruhe - Schlaf - Kälte - Wärme - Sport

anderes: _____

Wirken Schmerzmittel? _____

Sind andere Symptome mit dem Schmerz oder den Missempfindungen verbunden?

Hautrötung - Blässe - Schwellung - Berührungsempfindlichkeit - Muskelschwäche - Bewegungseinschränkung

Missempfindungen - Schweißbildung - Müdigkeit - Schwindel - Gangunsicherheit

anderes: _____

Nehmen Sie aktuell Medikamente? Wenn ja, welche und seit wann?

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Hatten Sie Unfälle (auch weit zurückliegend)? Wenn ja, mit welchen Verletzungen und wann in etwa?



Manualmedizin-Hamm.de

Gab es Operationen (auch weit zurückliegend)? Wenn ja, welche Eingriffe wurden wann vorgenommen?

Haben Sie Narben? Wenn ja, wo?

Sind Erkrankungen der folgenden Liste in Ihrer Familie (Eltern / Geschwister/ Großeltern) bekannt?

(bitte einkreisen): Bluthochdruck - Herz-/Kreislaufkrankungen - Diabetes - Asthma - Krebs - Rheuma - Allergien - Demenz - Migräne – Erbkrankheiten

Sonstiges: _____

Bitte gehen Sie die folgende Liste komplett durch, auch wenn Sie sich aktuell gesund fühlen.

Haben Sie eine der folgenden Erkrankung? Sind diese behandelt worden? Womit? Gibt es aus diesen Bereichen Symptome? Treten bestimmte Symptome oder Erkrankungen wiederholt auf?

°Kopfschmerzen? Nicht abgeklärt - Spannungskopfschmerzen - Migräne – Sonstige _____

Seit wann? _____

Wie oft? _____

Wo lokalisiert? _____

Welche Art Schmerz? ziehend - stechend - drückend – brennend – pulsierend - _____

°Augen: kurzsichtig, weitsichtig, Bindehautentzündungen, Grauer Star, Makuladegeneration, Glaukom

Sonstiges _____

Tragen Sie eine Brille/ Kontaktlinsen? _____

°Ohren: links / rechts

Tinnitus seit _____ Monaten/ Jahren Qualität des Ohrgeräusches _____

Schwerhörigkeit seit Jahren Tragen Sie ein Hörgerät? Ja Nein

Sonstiges _____

Kennen Sie folgende Symptome? Schwindel - Gleichgewichtsstörungen - Ohrensausen



Manualmedizin-Hamm.de

°**Kiefer und Zähne:** Tragen Sie eine Zahnschiene? Ja Nein

Haben Sie Kiefergelenksprobleme? Knacken - Schmerzen - Kiefersperre

°**Schilddrüse:** Überfunktion - Unterfunktion - Vergrößerung - Hashimoto - M. Basedow - Operation -

°**Herz:** Herzfehler - Angina Pectoris - Infarkt - Rhythmusstörungen - Herzschrittmacher – Herzinsuffizienz

°**Lunge:** häufig Husten - verschleimt - Geräusche - Asthma – Bronchitis – Sonstiges _____

°**Magen/Leber/ Galle:** Druckgefühl im Oberbauch - Völlegefühl - Appetitlosigkeit - Sodbrennen -

Koliken - Fettunverträglichkeit - Gallensteine - Entzündung - Geschwür - Gastritis - Hepatitis - Zirrhose
– Operation - Sonstiges _____

°**Darm:** Blähungen - Bauchschmerzen - Reizdarmsyndrom - Morbus Crohn - Colitis Ulcerosa –
Sonstiges _____

°**Harnwege:** Blasen/ Harnwegsentzündungen - Inkontinenz

°**Gynäkologie (nur Frauen):** Zysten - Myome - Ausfluss - Eierstockentzündungen - Endometriose -
Gebärmutterentfernung - andere Operationen – Sonstiges _____

Entbindungen: Ja Nein Wie viele? Gab es Komplikationen während der Schwangerschaft(en)?

Gab es Komplikationen während der Geburt(en)? (z.B. Kaiserschnitt/ Steißlage) _____

Haben Sie Regelbeschwerden? vor - nach – während welcher Art? _____

Nehmen Sie Verhütungsmittel? Ja - Nein - Welche? _____

Besteht ein unerfüllter Kinderwunsch? Ja – Nein

Sind Sie in den Wechseljahren? Ja – Nein – Weiß nicht

Sonstiges _____

°**Schlaf:** häufiges Erwachen (Uhrzeit) - Schwierigkeiten beim Einschlafen - Sprechen im

Schlaf - Unruhe in den Beinen - Nachtschweiß - Schlafwandeln - Zähneknirschen - Schnarchen

Sonstiges _____

°**Allergien:** _____

°**Unverträglichkeiten** _____

°**Rücken:** Beweglichkeit eingeschränkt - Schmerzen - Blockaden - Bandscheibenvorfall - Stenosen

Ausstrahlungen - Operationen - Sonstiges: _____

°**Arme/ Hände:** Verletzungen - Schmerzen - Kribbeln - Tennisellenbogen - kalte Hände –

Taubheitsgefühl - Karpaltunnelsyndrom - Sonstiges: _____

°**Beine/ Füße:** Verletzungen - Schmerzen - Krampfadern - Operationen - kalte Füße - Taubheitsgefühl -

Kribbeln - Sonstiges _____



Manualmedizin-Hamm.de

Tragen Sie Einlagen? Ja seit wann? _____ Nein

°Haut / Nägel: Geschwüre - Hautjucken - Warzen - Pilze - Tumore - Operationen - Sonstiges

°Andere Erkrankungen: Osteoporose - Bluthochdruck - Anämie - Arteriosklerose - Diabetes -
Fettstoffwechselstörung Leukämie - diverse Krebserkrankungen - Infektionskrankheiten - Demenz -
Depression - andere psychische Störungen - Rheumatische Erkrankung - Blutgerinnungsstörungen -
Autoimmunerkrankungen - Sonstige _____

Ich verpflichte mich das Honorar für die Behandlung selbst zu begleichen, unabhängig von Ansprüchen an Dritte (z.B. Versicherung, Beihilfe usw.)

Vereinbarte Behandlungstermine, die nicht 24 Stunden vorher abgesagt wurden, müssen leider in Rechnung gestellt werden.

Ich habe den Fragebogen vollständig gelesen und verstanden und nach bestem Wissen und Gewissen ausgefüllt.

Datum Unterschrift

(bei Minderjährigen der Erziehungsberechtigte)



PATIENTENINFORMATION ZUM DATENSCHUTZ

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

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 in puncto Datenschutz haben.

1. VERANTWORTLICHKEIT FÜR DIE DATENVERARBEITUNG

Verantwortlich für die Datenverarbeitung ist:

Manualmedizin-Hamm, Dr. med. Katja Kaufmann

Ostenallee 83, 59071 Hamm

Tel.: 0176-36369713, E-Mail.: Manualmedizin-Hamm@web.de

2. ZWECK DER DATENVERARBEITUNG

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und Ihrem Arzt und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen.

Hierzu verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Ihre Gesundheitsdaten. Dazu zählen Anamnesen, Diagnosen, Therapievorschläge und Befunde, die wir oder andere Ärzte erheben. Zu diesen Zwecken können uns auch andere Ärzte oder Psychotherapeuten, bei denen Sie in Behandlung sind, Daten zur Verfügung stellen (z.B. in Arztbriefen).

Die Erhebung von Gesundheitsdaten ist Voraussetzung für Ihre Behandlung. Werden die notwendigen Informationen nicht bereitgestellt, kann eine sorgfältige Behandlung nicht erfolgen.

3. EMPFÄNGER IHRER DATEN

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 andere Ärzte / Psychotherapeuten, Kassenärztliche Vereinigungen, Krankenkassen, der Medizinische Dienst der Krankenversicherung, Ärztekammern und privatärztliche Verrechnungsstellen sein.

Die Übermittlung erfolgt überwiegend zum Zwecke der Abrechnung der bei Ihnen erbrachten Leistungen, zur Klärung von medizinischen und sich aus Ihrem Versicherungsverhältnis ergebenden Fragen. Im Einzelfall erfolgt die Übermittlung von Daten an weitere berechnigte Empfänger.

4. SPEICHERUNG IHRER DATEN

Wir bewahren Ihre personenbezogenen Daten nur so lange auf, wie dies für die Durchführung der Behandlung erforderlich ist.

Aufgrund rechtlicher Vorgaben sind wir dazu verpflichtet, diese Daten mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren. Nach anderen Vorschriften können sich längere Aufbewahrungsfristen ergeben, zum Beispiel 30 Jahre bei Röntgenaufzeichnungen laut Paragraf 28 Absatz 3 der Röntgenverordnung.



5. IHRE RECHTE

Sie haben das Recht, über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten Auskunft zu erhalten. Auch können Sie die Berichtigung unrichtiger Daten verlangen.

Darüber hinaus steht Ihnen unter bestimmten Voraussetzungen das Recht auf Löschung von Daten, das Recht auf Einschränkung der Datenverarbeitung sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit zu.

Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt auf Basis von gesetzlichen Regelungen. Nur in Ausnahmefällen benötigen wir Ihr Einverständnis. In diesen Fällen haben Sie das Recht, die Einwilligung für die zukünftige Verarbeitung zu widerrufen.

Sie haben ferner das Recht, sich bei der zuständigen Aufsichtsbehörde für den Datenschutz zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt.

Die Anschrift der für uns zuständigen Aufsichtsbehörde lautet:

Name: Ärztekammer Westfalen-Lippe (ÄKWL)

Anschrift: Gartenstraße 210-214, 48147 Münster

6. RECHTLICHE GRUNDLAGEN

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist Artikel 9 Absatz 2 lit. h) DSGVO in Verbindung mit Paragraph 22 Absatz 1 Nr. 1 lit. b) Bundesdatenschutzgesetz. Sollten Sie Fragen haben, können Sie sich gern an uns wenden.

Ihre

Dr. med. Katja Kaufmann

Die Datenschutzhinweise habe ich zur Kenntnis genommen

Datum: Hamm, den

Name Patient/in in
Druckbuchstaben _____

Unterschrift

Patient/in _____