



Anamnesefragebogen Säuglinge und Kinder

Liebe Eltern,

für die optimale Vorbereitung einer ganzheitlichen Behandlung ist es notwendig, möglichst viele Informationen vorab über den Gesundheitszustand Ihres Kindes 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).

Einige der erfragten Werte können Sie im gelben U-Heft Ihres Kindes finden. Bitte bringen Sie das U-Heft auch zum ersten Termin mit.

Vielen Dank.

Name _____	Geb.-Datum _____
Vorname _____	Telefon _____
Straße _____	E-Mail _____
PLZ/Ort _____	Kinderarzt _____
Versicherung gesetzlich <input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/> Beihilfe <input type="checkbox"/> Name der Versicherung _____	

Gewicht und Größe bei Geburt _____
Gewicht und Größe derzeit _____

Was ist der Grund Ihres Besuches? _____

Hatten Sie während der Schwangerschaft	
Eine ernste Erkrankung? Ja <input type="checkbox"/> Welche? _____	
Nein <input type="checkbox"/>	
Behandlung mit Medikamenten? Ja <input type="checkbox"/> Welche? _____	
Nein <input type="checkbox"/>	
Einen Unfall? Ja <input type="checkbox"/> Was? _____	
Nein <input type="checkbox"/>	

Übelkeit und/oder Erbrechen? Ja Wie lange? _____
Nein

Vorzeitige Wehen? Ja Wann/SSW? _____

Mussten Sie liegen/wie lange? _____

Bekamen Sie wehenhemmende Medikamente/welche? _____

Nein

Psychischer Stress? Ja Nein

Verlauf der Geburt

Dauer? 4-6 Std. 12-18 Std. länger

Dauer der Austreibungsphase? 20-50 Min. kürzer länger

Vaginale Geburt Kaiserschnitt geplant Notkaiserschnitt Zange
Glocke

Apgar Werte (siehe gelbes U-Heft) _____ pH-Wert _____

Geburtspräsentation? Hinterhaupt Scheitel Gesicht Steiß

Nabelschnurumwicklung? Ja wo? _____
Nein

Geburt termingerecht? _____ SSW

Musste Ihr Kind im Krankenhaus weiter betreut werden?

Nein

Ja Warum/Wie lange? _____

Wurde/Wird Ihr Kind gestillt? Ja Nein

Hat Ihr Kind häufig gespuckt? Ja Nein

Drei-Monats-Koliken? Ja Nein Blähungen/Verstopfung/Durchfall? Ja Nein

Weinte es oft, ohne dass Sie genau wussten warum? Ja Nein

Hat/hatte Ihr Kind Schwierigkeiten einzuschlafen? Ja Nein

Wie lange schläft Ihr Kind nachts am Stück? _____

Hat Ihr Kind einen angeborenen Organdefekt (z.B. Herzfehler)? Nein

Ja Welchen? _____

Hatte Ihr Kind einen Unfall? Nein

Ja Welchen? _____

Kinderkrankheiten? Nein

Ja Welche? _____

Mittelohrentzündungen? Nein Ja Wie häufig? _____

Mandelentzündungen? Nein Ja Wie häufig? _____

Bronchitis/Lungenentzündung? Nein Ja Wie häufig? _____

Blasen- oder Nierenerkrankungen? Nein Ja

Fieberkrämpfe? Nein Ja

Allergien? Nein Ja Welche? _____

Leidet Ihr Kind häufig (mehr als 5 x pro Jahr) an Atemwegsinfektionen? Nein Ja

Impfungen? Nein Ja

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente? Nein Ja Welche? _____

Gibt es charakterliche Unstimmigkeiten (z.B. Angst, Aggression, lustlos ...) Nein Ja

Ernährung? Normalkost vegetarisch vegan sonstige _____

Gibt es in Ihrer Familie schwere oder chronische Erkrankungen (z.B. Asthma, Diabetes ...)

Nein Ja Welche? _____

Besteht eine familiäre Neigung für Allergien? Nein Ja

Bisherige Therapien (z.B. Physiotherapie, Logopädie ...)

Gibt es sonstige Angaben, welche nicht abgefragt wurden, Sie aber gerne mitteilen

möchten? _____

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-Pfitzer-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