

DR. MED. JULIA MOUSSAZADEH
ÄRZTLICHE OSTEOPATHIE

Anamnesebogen

Liebe Patientin, lieber Patient,

in der Osteopathie, Manuellen Medizin und Akupunktur ist es wichtig, Ihre Beschwerden möglichst ausführlich zu erfassen, um über die alleinigen Symptome hinaus ein möglichst vollständiges und ganzheitliches Bild Ihrer Beschwerden und der Ursachen zu erhalten.

Neben einer umfassenden Untersuchung ist daher auch eine gründliche Erhebung Ihrer Krankengeschichte und Beschwerden notwendig.

Bitte füllen Sie vorab diesen Bogen digital aus oder bringen Sie diesen ausgedruckt zu Ihrem ersten Termin mit.

Name _____

Anschrift _____

Geburtsdatum _____

Telefon _____

Email _____

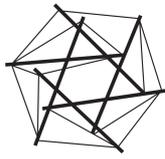
Zu Ihrer Person und Ihren Lebensgewohnheiten

Alter ____Jahre Größe in cm _____ Körpergewicht in kg _____

Welchen Beruf üben Sie aus und wie viele Stunden arbeiten Sie täglich?

Haben Sie eine überwiegend sitzende oder stehende Tätigkeit?

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



DR. MED. JULIA MOUSSAZADEH
ÄRZTLICHE OSTEOPATHIE

Welche Hobbys haben Sie?

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

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

Leben Sie nach bestimmten Ernährungsrichtlinien?

Wie viel Flüssigkeit trinken Sie am Tag?

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

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

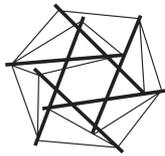
Wie würden Sie Ihr allgemeines Wohlbefinden und Ihre Lebensqualität momentan einschätzen?

sehr gut gut befriedigend ausreichend mangelhaft

Welche Beschwerden haben Sie aktuell?

Seit wann bestehen diese Beschwerden?

Gibt es aus Ihrer Sicht einen Auslöser für die Beschwerden?



DR. MED. JULIA MOUSSAZADEH
ÄRZTLICHE OSTEOPATHIE

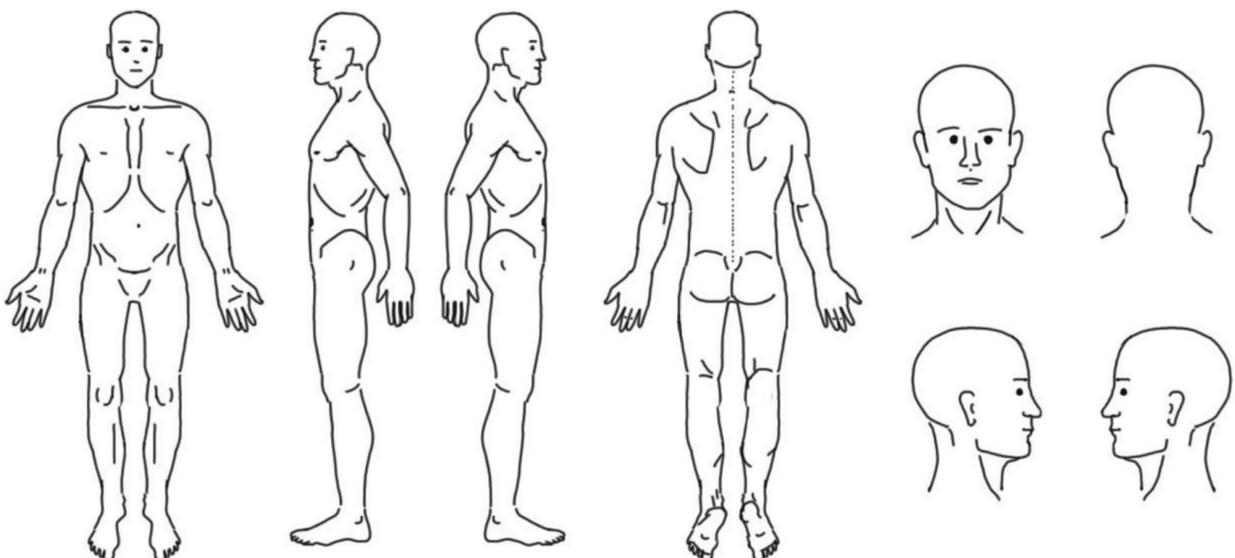
Gibt es zu Ihren Beschwerden bereits ärztliche Diagnosen? Wenn ja, welche?

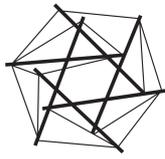
Haben Sie schon andere Therapieversuche unternommen? Wenn ja, welche?

Gibt es Röntgen- / MRT- oder CT-Aufnahmen? Wenn ja, bringen Sie bitte die schriftlichen Befunde mit.

Haben Sie Schmerzen oder Missempfindungen? Wenn ja, wo?

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





DR. MED. JULIA MOUSSAZADEH
ÄRZTLICHE OSTEOPATHIE

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

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

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

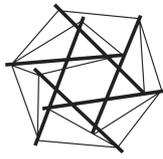
Was verschlimmert den Schmerz / die Missempfindungen?

Nehmen Sie aktuell Medikamente? Wenn ja, welche?

Hatten Sie bereits medizinische Eingriffe oder Operationen? Wenn ja, welche und wann?

Vorerkrankungen:

Allergien / Unverträglichkeiten:



DR. MED. JULIA MOUSSAZADEH
ÄRZTLICHE OSTEOPATHIE

Rücken: Bewegungseinschränkung - Schmerzen - Bandscheibenvorfall - Ausstrahlungen -
Taubheitsgefühl - Kribbelgefühl - Operationen - Sonstiges:

Tragen Sie Schuheinlagen? Wenn ja, seit wann?

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

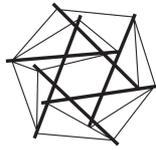
Vereinbarte Behandlungstermine, die nicht 24 Stunden vorher abgesagt wurden, werden in
Rechnung gestellt.

Ich habe diesen Anamnesebogen vollständig gelesen und nach bestem Wissen und
Gewissen ausgefüllt.

Ort / Datum: _____

Name des / der Patienten/in
in Druckbuchstaben

Unterschrift des / der Patienten/in /
Erziehungsberechtigten



DR. MED. JULIA MOUSSAZADEH
ÄRZTLICHE OSTEOPATHIE

PATIENTENINFORMATION ZUM DATENSCHUTZ

Liebe Patientin, lieber Patient,

der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten ist mir wichtig. Nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) bin ich verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck meine 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:

Dr. med. Julia Moussazadeh, Buschstr. 375, 47800 Krefeld

Tel.: 0160/99070888 Mail: info@osteopraxis-krefeld.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 ich Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Ihre Gesundheitsdaten. Dazu zählen Anamnesen, Diagnosen, Therapievorschlüsse und Befunde, die ich oder andere Ärzte erheben. Zu diesen Zwecken können mir auch andere Ärzte oder Psychotherapeuten, bei denen Sie in Behandlung sind, Daten zur Verfügung stellen (z.B. in Arztbriefen).

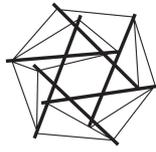
Die Erhebung von Gesundheitsdaten ist Voraussetzung für Ihre Behandlung. Werden die notwendigen Informationen nicht bereitgestellt, kann eine sorgfältige Behandlung nicht erfolgen.

3. EMPFÄNGER IHRER DATEN

Ich übermittle 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 berechtigte Empfänger.



DR. MED. JULIA MOUSSAZADEH
ÄRZTLICHE OSTEOPATHIE

4. SPEICHERUNG IHRER DATEN

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

Aufgrund rechtlicher Vorgaben bin ich 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 § 28 Abs. 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 benötige ich 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:

Ärztekammer Nordrhein, Tersteegenstr. 9, 40474 Düsseldorf

6. RECHTLICHE GRUNDLAGEN

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist Artikel 9 Absatz 2 lit. h) DSGVO in Verbindung mit § 22 Abs. 1 Nr. 1 lit. b) Bundesdatenschutzgesetz.

Sollten Sie Fragen haben, können Sie sich gerne persönlich an mich wenden.

Die Datenschutzhinweise habe ich zur Kenntnis genommen.

Ort / Datum: _____

Name des / der Patienten/in
in Druckbuchstaben

Unterschrift des / der Patienten/in /
Erziehungsberechtigten