

ANAMNESEBOGEN FÜR JUGENDLICHE / ERWACHSENE

Blatt 1 von 7

Name / Vorname	Geburtsdatum (XX.XX.XXXX)
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Straße / Haus-Nr.	PLZ / Ort
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Telefon	E-Mail
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Krankenversicherung	Zusatzversicherung für Heilpraktikerleistungen
<input type="text"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Behandelnder Hausarzt	Behandelnder Facharzt
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Konsultationsgrund / Anliegen:

Was verschlimmert den Schmerz?

Was verbessert den Schmerz?

ANAMNESEBOGEN FÜR JUGENDLICHE / ERWACHSENE

Blatt 2 von 7

Was wurde bisher gemacht? Arzt / Therapie?

Tragen Sie orthopädische Einlagen? Ja Nein

Tragen Sie Brille / Kontaktlinsen? Ja Nein

Tragen Sie ein Hörgerät? Ja Nein

Benötigen Sie Gehhilfen? Ja Nein

Nehmen Sie zur Zeit Medikamente ein? Ja Nein

Wenn ja, welche?

Nehmen Sie die Pille? Ja Nein

Nehmen Sie Nahrungsergänzungsmittel ein? Ja Nein

Wenn ja, welche?

Besteht eine Schwangerschaft? Ja Nein

Haben Sie Kinder? Ja Nein

ANAMNESEBOGEN FÜR JUGENDLICHE / ERWACHSENE

Blatt 3 von 7

Sind eine oder mehrere der folgenden Erkrankungen / Beschwerden bei Ihnen bekannt?

Wirbelsäulenbeschwerden Ja Nein

Osteoporose Ja Nein

Andere Gelenkbeschwerden Ja Nein

Krampfadern Ja Nein

Durchblutungsstörungen Ja Nein

Lymphstau Ja Nein

Unfälle / Stürze Ja Nein

Wenn ja, welche?

Operationen Ja Nein

Wenn ja, welche?

Krebserkrankung Ja Nein

Wenn ja, welche Art?

Kopfschmerzen / Migräne / Schwindel Ja Nein

ANAMNESEBOGEN FÜR JUGENDLICHE / ERWACHSENE

Blatt 4 von 7

Augenerkrankungen / Beschwerden	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Nebenhöhlenerkrankungen	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Ohrgeräusche / Tinnitus	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Kiefergelenk: Knacken / Knirschen / Bruxismus	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Kieferorthopädische Behandlungen	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Schluckbeschwerden / Kloßgefühl	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Sodbrennen	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Schilddrüsenerkrankungen	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

Organbeschwerden

Erkrankungen der Atmungsorgane	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Herzerkrankungen / Beschwerden	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Bluthochdruck	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Diabetes mellitus	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Gicht	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

ANAMNESEBOGEN FÜR JUGENDLICHE / ERWACHSENE

Blatt 5 von 7

Fettstoffwechselstörung	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
Magen- / Zwölffingerdarm Geschwüre / Reizungen	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
Lebererkrankungen / Gelbsucht	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
Gallenbeschwerden / Gallensteine	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
Verstopfung	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
Durchfall	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
Darmerkrankungen	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Morbus Cron			<input type="checkbox"/> Divertikel	
<input type="checkbox"/> Colitis ulcerosa			<input type="checkbox"/> Darmkrebs	
<input type="checkbox"/> Polypen				
Nieren- / Blasenentzündungen	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
Prostatabeschwerden	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
Gynäkologische Erkrankungen	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
Endometriose	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
Schwierigkeiten Urin zu halten / Inkontinenz	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>

ANAMNESEBOGEN FÜR JUGENDLICHE / ERWACHSENE

Blatt 6 von 7

Sonstiges:

Allergien	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Unverträglichkeiten	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Hauterkrankungen	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Schlafen Sie gut?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Haben Sie beruflichen oder privaten Stress?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Trinken Sie 1 – 2 Liter Flüssigkeit am Tag?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Rauchen Sie?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Gibt es Erkrankungen in der Familie? Wenn ja, welche?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
<input type="text"/>		
Nehmen Sie an allen Vorsorgeuntersuchungen teil?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Ist Ihr Impfschutz aktuell?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG IN DIE DATENVERARBEITUNG

Blatt 7 von 7

Name / Vorname des Patienten

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten zu folgenden Zwecken erhoben, verarbeitet und genutzt werden: Zur Pflege der Kontaktdaten, der Erfüllung des Behandlungsvertrages, zur Abrechnung erbrachter Leistungen, Abrechnungsstellen oder dem Patienten, zur therapeutischen Dokumentation, zum Erstellen von Behandlungsberichten und Arztbriefen.

Zu diesen Zwecken können Ihre Daten an den überwiesenen Arzt und die Krankenkasse weitergegeben oder vermittelt werden. Dort werden diese ebenfalls zu folgenden Zwecken verarbeitet und genutzt: Zur Pflege der Kontaktdaten, zur Abrechnung erbrachter Leistungen, zur therapeutischen Dokumentation.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass

- die im Rahmen der vorstehenden genannten Zwecke 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 mein

Einverständnis verweigern kann, mit der Folge, dass der Behandlungsvertrag nicht erfüllt werden kann bzw. nicht zustande kommt und die Behandlung damit nicht erfolgen kann.

- Ich bin jederzeit berechtigt, Auskunft über die zu meiner Person gespeicherten Daten zu verlangen.
- Ich bin jederzeit berechtigt, die Berichtigung, Löschung oder Sperrung einzelner personenbezogenen Daten zu verlangen.
- Ich bin jederzeit berechtigt, mit Wirkung für die Zukunft diese Einwilligungserklärung zu widerrufen.

Im Falle des Widerrufs ist der Widerruf zu richten an:

Osteopathie Frauke Hallerdei
Am Markt 10, 55494 Rheinböllen

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

Ich habe die „Einwilligungserklärung in die Datenverarbeitung“ gelesen und verstanden.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten