

## Anamnesebogen

Sehr geehrte(r) Patient(in), um Sie optimal behandeln, benötigen wir einige Informationen zu Ihrer Person.

Bitte füllen Sie die Fragen nach bestem Wissen und Gewissen aus. Ihre Angaben unterliegen der Schweigepflicht und werden nicht weitergegeben. Vielen Dank für die Beantwortung der Fragen.

\_\_\_\_\_  
Name

\_\_\_\_\_  
Vorname

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Straße und Hausnummer

\_\_\_\_\_  
PLZ und Wohnort

\_\_\_\_\_  
Telefon

\_\_\_\_\_  
Versicherung

### Allgemeine Fragen

**Sind Sie regelmäßig in ärztlicher oder heilpraktischer Behandlung?**

Nein  / Ja

**Wenn ja:**

Hausarzt  Zahnarzt  Internist  Orthopäde  Psychologe/Psychotherapeut  Osteopath

**Leiden oder litten Sie in der Vergangenheit an einer der folgenden Erkrankungen?**

Schlaganfall

Zuckerkrankheit / Diabetes  Augenerkrankungen

Fettstoffwechselstörungen

Tumorerkrankungen

Lebererkrankungen

Chronische Infektionskrankheiten   
(z.B. HIV, Hepatitis)

Blutungsstörungen   
(z.B. Vit. K Mangel)

Psychische Erkrankungen   
(z.B. Depressionen)

Krampfleiden   
(z.B. Epilepsie)

Unfälle   
(z.B. Schleudertrauma, Umgeknickt)

Neurologische Erkrankungen   
(z.B. MS, Parkinson)

Hauterkrankungen   
(z.B. Schuppenflechte, Neurodermitis)

Rheuma

Allergien   
(z.B. Tiere, Medikamente, Creme)

Krebserkrankungen

Sonstiges: \_\_\_\_\_

**Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?**

Nein  / Ja

**Wenn ja welche?**

## Fragen im Detail:

**Beschwerden in den Bronchien und der Lunge:** Nein  / Ja

Häufige Bronchitis  Lungenentzündung  Asthma  Allergische Atembeschwerden  Atemnot

**Beschwerden im Herz-Kreislaufbereich:** Nein  / Ja

Bluthochdruck  Zu niedriger Blutdruck  Beklemmungen  Spürbare Herzschläge  Herzinfarkt   
OP  Krampfadern  Gestaute Beine  Thrombosen  Embolien  Durchblutungsstörungen

**Beschwerden im Verdauungsapparat:** Nein  / Ja

Blähungen, Völlegefühl, Krämpfe  Verstopfung  Durchfall  Blut im Stuhl   
Sodbrennen  Nahrungsmittelallergie  Nahrungsmittelunverträglichkeit

**Beschwerden im urologischen Bereich:** Nein  / Ja

Regelmäßige Blasenentzündungen  Nierensteinen  Reizblase  Prostatabeschwerden   
Ständiger Harndrang  Ungewollter Harnabgang  Probleme beim Wasser lassen

**Beschwerden im gynäkologischen Bereich:** Nein  / Ja

Schmerzen vor, während der Regel  Beschwerden während des Eisprungs  OP's   
Haben/Hatten Sie Probleme während der Schwangerschaft   
Haben/Hatten Sie Probleme schwanger zu werden   
Wie viele Geburten hatten Sie? \_\_\_\_\_ Hatten Sie Fehlgeburten

## Noch ein paar wichtige Fragen im Allgemeinen:

### Leiden sie unter:

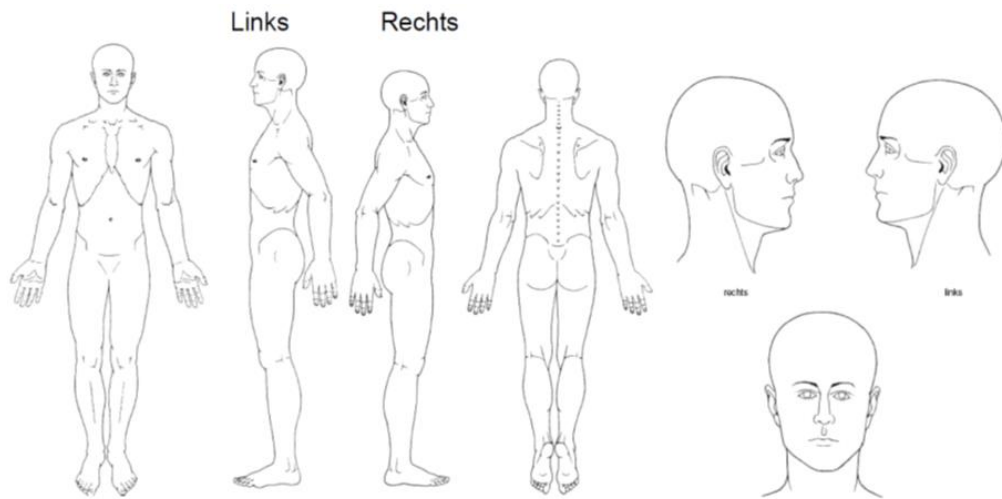
Schlafproblemen  Müdigkeit  Ruhelosigkeit  Schwitzen in der Nacht   
Ungewolltem Gewichtsverlust  Immer wieder leicht erhöhter Temperatur   
Geschwollenen oder schmerzhaften Lymphknoten

**Wurden Sie bereits operiert? Bitte Operation und ungefähre Zeitangabe** Nein  / Ja

## Jetzige Beschwerden

Welche Beschwerden haben Sie zu uns geführt? Bitte beschreiben Sie.

Kennzeichnen Sie bitte die Regionen Ihrer Beschwerden:



Wann haben die Beschwerden begonnen? Gab es einen Auslöser?

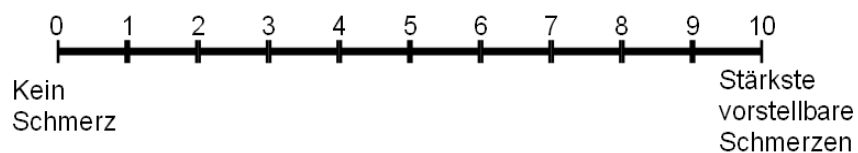
Schmerzverlauf – Mein Schmerz... (bitte ankreuzen)

- hat seit dem ersten Auftreten zugenommen  hat abgenommen   
ist gleich geblieben  ist konstant  ist nur zeitweise spürbar   
momentan nicht vorhanden, ich weiß aber, dass er immer wieder auftreten kann

Wie fühlt sich der Schmerz an?

- Stechend  Dumpf  Pochend  Krampfend  Ziehend  Brennend  mit Kribbeln

Wo auf einer Schmerzskala, die von „0“ für völlige Schmerzfreiheit bis „10“ für den schlimmsten vorstellbaren Schmerz reicht, würden Sie Ihre Schmerzen eintragen?



### Welche Faktoren haben Einfluss auf die Beschwerden?

#### Schlecht bei:

Bei Bewegung  Im Stehen  Im Liegen  Im Sitzen  In der Nacht   
Am Morgen, wird im Laufe des Tages besser  Bei Ärger/Stress

#### Besser bei:

Bei Bewegung  Im Stehen  Im Liegen  Im Sitzen  In der Nacht   
Am Morgen  Bei Ablenkung, wenn ja, welche \_\_\_\_\_

### Welche Beschwerden haben Sie außer Schmerz (z.B. Ameisenlaufen, Taubheitsgefühle, funktioniert etwas nicht richtig, Schwindel, Koordinationsstörungen)

Hatten Sie Voruntersuchungen, wie Facharztbesuche Nein  / Ja   
(z.B. neurologisch, internistisch, urologisch, orthopädisch, gynäkologisch ...), Röntgen, Kernspintomografie o.ä.?

Wenn ja, welche Ergebnisse gab es?

### Hatten Sie Vorbehandlungen (Injektionen, Operationen, Physiotherapie, Einrenken, Kur...)?

Wenn ja, welche:

Leiden Sie unter seelischen Belastungen (z.B. Stress, Konflikte, Trauer)? Nein  / Ja

Was wollen Sie erreichen (Behandlungsziel)?

**Zuzahlung (für gesetzlich Versicherte):**

Mir ist bekannt, dass volljährige, gesetzlich Versicherte eine Zuzahlung leisten müssen. Diese setzt sich zusammen aus: 10,- Euro pro Verordnung + 10% des Rezeptwertes. Sollten Sie von der Zuzahlung befreit sein, legen Sie uns bitte Ihren Nachweis vor.

Gesetzliche Zuzahlungen gemäß § 61 SGB V sind in voller Höhe bis spätestens zum zweiten Behandlungstermin zu entrichten. Sollte meine Krankenkasse Kosten nicht ersetzen, ohne dass dies im Verantwortungsbereich des Therapeuten liegt, trage ich diese selbst.

**Terminabsage:**

Wir sind ausschließlich eine Terminpraxis, weshalb es dringend erforderlich ist, dass Sie nicht wahrnehmbare Termine **mindestens 24 Stunden vorher absagen**. Mir ist bekannt, dass Heilmittelverordnungen ernst zu nehmen sind. Nicht rechtzeitig abgesagte, oder unentschuldig nicht wahrgenommene Termine können mir gemäß § 615 BGB **privat** in Höhe der Vergütungsregelung **in Rechnung gestellt werden**. Die Ausfallkosten übernimmt Ihre Krankenkasse nicht.

**Haftung:**

Die Haftung der Leibos Praxisgemeinschaft für Personen-, Sach- und Vermögensschaden wird für alle Fälle von Fahrlässigkeit ausgeschlossen. Unberührt bleibt eine weitergehende Haftung- auch in Bezug auf Mitarbeiter - für Vorsatz.

**Datenweitergabe:**

Die Information zum Datenschutz (Stand 25.05.2018) im Aushang habe ich zur Kenntnis genommen.

Ich bin einverstanden, dass meine Daten zu folgenden Zwecken erhoben, verarbeitet und genutzt werden: Zur Pflege der Kontaktdaten, der Erfüllung des Behandlungsvertrags, zur Abrechnung erbrachter Leistungen mit Krankenkassen, Abrechnungsstellen oder dem Patienten, zur therapeutischen Dokumentation, zum Erstellen von Behandlungsberichten und Arztbriefen. Zu diesen Zwecken können meine Daten an den überweisenden Arzt, die Krankenkasse die Abrechnungsfirma weitergegeben oder übermittelt werden. Dort werden diese ebenfalls zu folgenden Zwecken verarbeitet und genutzt: Zur Pflege der Kontaktdaten, zur Abrechnung erbrachter Leistungen mit Krankenkassen, zur therapeutischen Dokumentation. Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.

**Aufklärung:**

Ich wurde zudem insbesondere über Art, Umfang, Durchführung, zu erwartende Folgen und Risiken der Maßnahmen sowie ihre Notwendigkeit, Dringlichkeit, Eignung und Erfolgsaussichten im Hinblick auf die Diagnose und die Therapie aufgeklärt. Ich willige ausdrücklich in die durchzuführenden Behandlungsmaßnahmen ein.

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

χ \_\_\_\_\_

Ort, Datum

χ \_\_\_\_\_

Unterschrift des/der Patienten/-in oder des gesetzlichen Vertreters

Ich wünsche eine Terminerinnerung per Email

Ja

Nein

Emailadresse: \_\_\_\_\_

Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich einverstanden, dass die von mir angegebenen Kontaktdaten ( Email ) für an mich gerichtete Informationen ( Terminbestätigung, Rechnung, Quittung) mittels Zusatzservice (Email) neben der Leibos Praxisgemeinschaft für Physiotherapie GbR auch von den Dienstleistern iPrax Systems GmbH & Co KG nur für die obengenannten Zwecke verarbeitet und genutzt werden dürfen.

χ \_\_\_\_\_

Unterschrift des/der Patienten/-in oder des gesetzlichen Vertreters

 **Leibos**

## Einwilligungserklärung für das Abrechnungszentrum

1. Hiermit befreie ich meine\*n therapeutische\*n Behandler\*in für diese und künftige Behandlungen von seiner\*ihrer beruflichen Verschwiegenheitsverpflichtung und erkläre mich mit einer Weitergabe aller für die Abrechnung erforderlichen Daten an die rfhm GmbH, Brünsteinstr. 10, 81541 München, Tel.: 089 21540010 (im Folgenden „rfhm“) einverstanden. Mir ist bewusst, dass es sich bei den Diagnosen und Behandlungsdaten um besondere personenbezogene Daten nach Art. 9 DSGVO handelt. rfhm ist Verantwortlicher nach Art. 4 Nr. 7 DSGVO.

2. Ich erkläre mein Einverständnis zur Abrechnung durch die rfhm, zur Abtretung der Forderungen gegen sämtliche gesetzlichen Krankenkassen an die rfhm sowie zum Forderungseinzug durch diese und zu der jeweils erforderlichen Weitergabe, Nutzung, Speicherung und Verarbeitung der für Abrechnung, Abtretung und Forderungseinzug notwendigen (besonderen) personenbezogenen Daten an die rfhm. Sämtliche Daten werden vertraulich behandelt. Mir ist bekannt, dass mit der Abtretung der Forderungen die rfhm Forderungsinhaber wird und mein\*e therapeutische\*n Behandler\*in im Falle eines Rechtsstreits als Zeuge\*in gehört werden kann; ich entbinde diese\*n sowie die rfhm von der Verschwiegenheitsverpflichtung auch im Hinblick auf Abtretung und Forderungseinzug. Die Einwilligung umfasst auch die ggf. Weiterabtretung zu Refinanzierungszwecken seitens der rfhm an die Deutsche Apotheker- und Ärztebank, diese allerdings anonymisiert.

3. Die Weitergabe, Nutzung, Speicherung und Verarbeitung erfolgt auf Grundlage dieser Einwilligung. Diese Einwilligung ist freiwillig, sie kann jederzeit ohne Angabe von Gründen, jedoch nur mit Wirkung für die Zukunft, von mir widerrufen werden, gleiches gilt für eine Einschränkung der Verarbeitung: Hierzu kann ich mich an die obige Anschrift der rfhm wenden. Die Löschung der personenbezogenen Daten erfolgt nach vollständiger Vertragsabwicklung und nach Ablauf von bestehenden Aufbewahrungsfristen.

4. Ich habe jederzeit das Recht, über die vorgenannten Kontaktdaten kostenlos Auskunft zu erhalten über meine gespeicherten Daten, sowie die Berichtigung, Löschung oder Datenübertragbarkeit zu verlangen. Ebenso kann ich mich bei Fragen an die Datenschutzbeauftragte der rfhm, die activeMind AG, Potsdamer Strasse 3, 80802 München wenden. Es besteht außerdem ein Beschwerderecht bei einer datenschutzrechtlichen Aufsichtsbehörde.

5. Hiermit willige ich in die o.g. Punkte ein und bestätige, dass ich eine Kopie der Einwilligungserklärung erhalten habe.

---

Name, Vorname

---

Unterschrift

---

Datum