

## Einwilligungserklärung in die Datenverarbeitung

von  
Herrn / Frau .....

Anschrift .....

Ich bin einverstanden, dass durch die Praxis **Physiotherapie Vasco** 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 Ihre Daten an die Krankenkasse und/oder 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.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass

- die im Rahmen der vorstehenden genannten Zweck 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 mit der Folge, dass der Behandlungsvertrag nicht erfüllt werden kann/nicht zustande kommt und die Behandlung mit der Krankenkasse nicht abgerechnet werden 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 personenbezogener 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:

*Physiotherapie Vasco*

*Dossenheimer Landstr. 40*

*69121 Heidelberg*

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.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift

## Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

es ist unser Ziel, Sie optimal zu behandeln. Dazu benötigen wir vorab ein paar Informationen zu Ihrer Person und zu Ihren Beschwerden. Ebenso werden Sie über die Abläufe in unserer Praxis aufgeklärt. Alle Informationen unterliegen der Schweigepflicht und werden nicht weitergegeben. Bitte lesen Sie den Anamnesebogen aufmerksam durch, beantworten Sie die folgenden Fragen und unterschreiben Sie die Einwilligung zur Behandlung am Ende des Bogens.

Name:

Vorname:

Adresse (Straße/ Ort):

Handynummer/Telefonnummer:

E-Mail:

Versicherung: gesetzlich / privat / Beihilfe

Krankenkasse:

Alter:

Beruf:

Sport/Hobby:

**Wir bitten Sie zur Behnadlung ein eigenes großes Handtuch mitzubringen.**

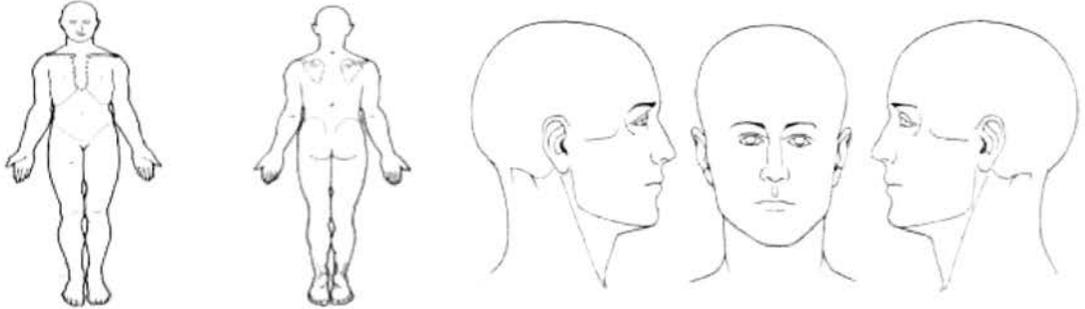
**Termine müssen bis 24 Stunden vor Terminbeginn in der Praxis abgesagt werden.** Wir müssen Ihnen ansonsten die Kosten für den uns dadurch entstandenen Schaden privat in Rechnung stellen. Eine Absage kann mündlich per Telefon oder auf dem Anrufbeantworter erfolgen.

### Zuzahlung/Kostenübernahme:

- **Gesetzlich versicherte Patienten** ab 18 Jahre haben – sofern sie nicht von der Zuzahlung befreit sind – eine Zuzahlung in Höhe von 10 € pro Verordnung zuzüglich 10 % des Rezeptwertes an den Physiotherapeuten zu zahlen. Der Physiotherapeut handelt diesbezüglich als Inkassostelle für Ihre Krankenkasse.
- **Privatversicherten:** Die Rechnung wird nach der derzeit gültigen Gebührenordnung erstellt. Sie sind alleine verantwortlich für die Begleichung der Außenstände, ein Abwarten der Erstattung durch die Krankenversicherung und damit verbundenen Verzug der Zahlung würde zu weiteren Kosten durch Mahnung führen.

Sie gestatten der o.g. Praxis im Rahmen der Therapie personenbezogenen Daten von Ihnen zu erheben, zu verarbeiten und zu nutzen. Die vorstehende Erklärung gilt auch für zukünftige Behandlungen und kann **jederzeit** von Ihnen schriftlich mit Wirkung für die Zukunft **widerrufen** werden.

1.) **Wo** haben Sie ihre **Probleme** (bitte einzeichnen)?



2.) Haben Sie **Schmerzen**? ja  nein

3.) Ist Ihre **Beweglichkeit** verändert? ja  nein

4.) Ist Ihre **Sensibilität** verändert (Brennen, Kribbeln, Taubheit, Überempfindlichkeit, Nadeln)? ja  nein

5.) Ist ihre **Kraft** verändert (Kraftlosigkeit, Lähmung)? ja  nein

6.) Was sind ihre **Hauptbeschwerden im Alltag**? \_\_\_\_\_

7.) **Wie lange** haben Sie Ihre **Beschwerden** schon? \_\_\_\_\_

8.) Haben Sie Ihre Beschwerden (bitte einkreisen): **permanent/ mit Unterbrechungen**

9.) Gab es einen **Auslöser** für Ihre Beschwerden (Sturz, Unfall, etc.)? ja  nein

10.) Was **verbessert** (bitte einkreisen) bzw. was **verschlechtert** (bitte unterstreichen) Ihre Beschwerden?

Aktivität, Ruhe, Liegen, Sitzen, Aufstehen, Bücken, Beugen, Stehen, Gehen, Laufen, Heben, Tragen, Überkopfarbeit, Greifen, Arbeit, Hobby, Sport, morgens, mittags, abends  
sonstiges: \_\_\_\_\_

11.) Wie stark sind Ihre **Schmerzen aktuell** (bitte einkreisen) und **maximal** (bitte unterstreichen)?

(kein Schmerz) 0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10 (maximaler Schmerz)

12.) Sind Ihre Beschwerden: **besser werdend/ gleich/ schlechter werdend/ variabel**

13.) Leiden Sie unter **Gang- oder Gleichgewichtsstörungen, Schwindel, Übelkeit, Ohnmachtsanfällen, Benommenheit, Schluckbeschwerden** oder **Doppelbildern**? ja  nein

14.) Sind Sie **Asthmatiker/in, Diabetiker/in**, haben Sie **Osteoporose** oder andere Erkrankungen? ja  nein

15.) Nehmen Sie momentan **Medikamente** ein (Kortison, Blutverdünner, Betablocker, etc.) ja  nein

16.) Hatten Sie jemals einen **Tumor** oder eine **Krebserkrankung**? ja  nein

17.) Haben Sie **Kopfschmerzen** oder **nachts Schmerzen**? ja  nein

18.) Haben Sie in den letzten Wochen **ungewollt abgenommen**? ja  nein

19.) Hatten Sie in der letzten Woche **Fieber, nächtliches/extremes Schwitzen**? ja  nein

20.) Hatten Sie in Ihrem Leben schon **Unfälle** und/oder **Operationen**? ja  nein

21.) Haben Sie **sonstige Beschwerden**?:

Seh-, Sprech-, Hörprobleme, Inkontinenz, Verstopfungen, morgendliche Steifheit, leichte Blutergüsse, Kurzatmigkeit, Krämpfe, etc.? ja  nein

22.) Im Verlauf der letzten 2 Wochen haben meine **Schmerzen zeitweise ausgestrahlt**. ja  nein

23.) Im Verlauf der letzten 2 Wochen hatte ich teilweise **an anderen Stellen Schmerzen**. ja  nein

24.) Wie **störend** waren Ihre Schmerzen in den letzten 2 Wochen im Gesamten gesehen?

- Überhaupt nicht
- wenig
- mäßig
- stark
- äußerst stark

25.) Weist Ihr **Schmerz** einen der folgenden **Merkmale** auf?

- Brennen ja  nein
- Gefühl einer schmerzhaften Kälte ja  nein
- Elektrische Schläge ja  nein

26.) Treten die **folgenden Beschwerden** zusammen mit den Schmerzen im **selben Körperbereich** auf?

- Kribbeln ja  nein
- Pieksen ja  nein
- Taubheitsgefühl ja  nein
- Juckreiz ja  nein

27.) Welche **Maßnahmen** zur **Diagnostik** oder **Therapie** wurden bisher durchgeführt (bitte einkreisen)?

Röntgen/ Computer-/ Kernspintomographie/ Spritze/ Massage/ Physiotherapie/ Training/  
Anderes \_\_\_\_\_

28.) Was sind Ihre **Erwartungen** und **Ziele** für die Therapie?

\_\_\_\_\_

### Einwilligung:

Den Aufklärungsbogen habe ich gelesen und verstanden.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Patient/in/Sorgeberechtigter\*

\*Unterschreibt ein Elternteil allein, erklärt er mit seiner Unterschrift zugleich, dass ihm das Sorgerecht allein zusteht oder dass er im Einverständnis mit dem anderen Elternteil handelt.