

Anamnesefragebogen

Für Neupatienten:

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen vor Ihrer Konsultation bei Ihrer Ärztin aus.

Sollten Ihnen eine Frage unverständlich erscheinen, wird Ihnen eine unserer Mitarbeiterinnen gerne bei der Beantwortung behilflich sein.

Personalien

Name	
Vorname	
Geburtsdatum	
Straße	
PLZ	
Stadt	
Telefon	
Handy	
Mail	
Beruf (ggf. letzter bei Rentner)	
Familienstand	
Körpergröße	
Gewicht	
Hausarzt mit Ort	
Überweiser mit Ort	

Aktuelle Beschwerden:

	ja/welche	nein
Aktuelle Beschwerden		

Vorerkrankung

	ja	nein	unbekannt
Thrombose oder Lungenembolie			
Bluthochdruck			
Blutzuckerkrankheit			
Fettstoffwechselstörung			
Herz-/Kreislaufkrankung			
Herzschrittmacher			
Stent			
Gefäßerkrankung			
Magenerkrankung			
Lungenkrankheit			
Nierenerkrankung			
Krebs			
Hautkrankheit			
Gicht			
Rheuma			
Osteoporose			
Leberentzündung/Gelbsucht			
psychische Erkrankung			
HIV Infektion (für Akupunktur)			
Hepatitis Erkrankung (für Akupunktur)			
Sonstiges			

Operationen

	ja/wann?	nein
Welche Operationen?		
waren sie in den letzten zwei Jahren im Krankenhaus/warum?		

Allergien/bestehende Unverträglichkeiten gegen

	ja	nein
Pollen/Hausstaub/Tierhaare		
Metall		
Nahrungsmittel		
Milch/Fruktzucker		
Pflaster		
Medikamentenunverträglichkeiten		

Medikamente

Blutverdünner (ASS/Macumar/Plavix/Xarelto ect.)	
Insulin?	

bisherige Schmerzmedikation

	+ Effekt	- Kein Effekt	Nebenwirkung	Nicht erhalten
Paracetamol				
Diclofenac				
Ibuprofen				
Naproxen				
Celecoxib				
Etoricoxib				
Metamizol				
Novalgin				
Novalminsulfon				
Amitriptylin				
Doxepin				
Duloxetin				
Mirtazapin				
Valdoxan				
Venlafaxin				
Gabapentin				
Pregabalin				
Triptane				
Tilidin				
Cannabionide				
Tapentadol				
Hydromorphon				

Name des Medikaments	Wirkstoffmenge (mg)	Dosierung pro Tag (z.B. 1-0-0-1)	Hinweis

Gewohnheiten:

	nein	ja	wie viel	seit wann
rauchen sie				
Trinken sie regelmäßig Alkohol				
Haben sie viel Stress				
Treiben sie Sport				

Vegetative Anamnese: Veränderungen im letzten Jahr?

	normal	vermehrt	vermindert
Durst			
Appetit			
Stuhlgang			
Wasserlassen			
schwitzen			
Nachtschweiß			
Atmung z.B. Husten, Dyspnoe			
kalte Hände/Füße			
Frieren			
Schwindel			
Gewichtsverlust			

Familienvorgeschichte

	ja	nein	Vater	Mutter	Opa	Oma
Bluthochdruck						
Blutzuckerkrankheit						
Herzinfarkt						
Fettstoffwechsel						
Asthma						
Krebs						
Thrombose						
Sonstiges						

	ja	nein
haben sie einen Impfpass?		
wann war Ihre letzte Impfung		
möchten sie von uns an Impfungen erinnert werden?		

Bei seelischen Beschwerden:

	ja	nein
Schlafen Sie gut?		
Haben sie Freude an Dingen verloren, die Ihnen früher immer Spaß gemacht haben?		
Fühlen Sie sich häufig einsam?		
Leiden sie an Konzentrationsstörungen?		
Haben Sie Schwierigkeiten Ihre Alltagsaufgaben zu bewältigen? (Zu Hause/Beruf)		
Haben Sie das Gefühl, dass Ihre Gedanken ständig um die gleichen Probleme kreisen?		
Haben Sie Probleme sich unter vielen Menschen zu bewegen?		
Haben Sie Ängste?		
Bereits diagnostizierte Erkrankungen? (z.B. Depression, Angststörung, Panikattacke...)		

Bisherige Behandlung

	ja	nein
Krankengymnastik		
Manuelle Therapie		
Wärmebehandlung		
Kältebehandlung		
KG an Geräten		
Osteopathie		
Heilpraktiker		
Akupunktur		
Infusionstherapie		
Infiltrationen		
Tens Gerät/Reizstrom		
Chirotherapie		
Entspannung		
Psychotherapie		
Reha/Kur		
Sonstiges		

Hinweis!!!!

Im Rahmen der schmerztherapeutischen Behandlung werden ihnen zusätzlich zu nicht medikamentösen Methoden eventuell zentral wirksame Medikamente verordnet (z.B. Schmerzmittel, BTM, Antidepressiva u.ä.) die die Fahrtauglichkeit verändern können.

Bingen, den _____

Unterschrift des Patienten: _____

Patienteninformation zum Datenschutz

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten ist uns wichtig. Ferner sind wir nach EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck unsere Praxis Daten erhebt, speichert und weiterleitet. Der Information können Sie auch entnehmen, welche Rechte Sie in puncto Datenschutz haben.

Wenn Sie einer Kommunikation per Email zwischen unserer Praxis und Sie eine Kopie des Arztberichtes zu Ihrer Verwendung wünschen, teilen Sie uns bitte Ihre Emailadresse mit.

- Ich wünsche eine Kopie des Arztbriefes als PDF und Stimme der Verwendung meiner Emailadresse zur Kommunikation zwischen mir und der Praxis zu.

Emailadresse:

1. Verantwortlichkeit für die Datenverarbeitung ist:

Praxis für Schmerztherapie
Monika Rieger
Basilikastr. 26
55411 Bingen
Tel: 06721/9888900
Email: info@schmerztherapie.de

Sie erreichen den zuständigen Datenschutzbeauftragten unter oben genanntem Kontakt

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 wir Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Ihre Gesundheitsdaten. Dazu zählen Anamnesen, Diagnosen, Therapievorschläge und Befunde, die wir oder andere Ärzte erheben. Zu diesen Zecken können uns auch andere Ärzte oder Psychotherapeuten bei denen Sie in Behandlung sind, Daten zur Verfügung stellen (z.B. Arztbriefe). Die Erhebung von Gesundheitsdaten ist Voraussetzung für Ihre Behandlung. Werden die notwendigen Informationen nicht bereitgestellt, kann keine sorgfältige Behandlung erfolgen.

Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten können vor allem anderen Ärzten/Psychotherapeuten, Kassenärztliche Vereinigungen, Krankenkassen, der Medizinische Dienst der Krankenversicherung, Ärztekammern und privatärztliche Verrechnungsstellen sein.

Die Übermittlung erfolgt überwiegend zum Zweck der Abrechnung der bei Ihnen erbrachten Leistungen, zur Klärung von medizinischen und sich aus Ihrem Versicherungsverhältnis ergebende Fragen. Im Einzelfall erfolgt die Übermittlung von Daten an weitere berechnigte Empfänger.

3. Empfänger Ihrer Daten

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 andere Ärzte/Psychotherapeuten, Kassenärztliche Vereinigung, Krankenkassen, der Medizinische Dienst der Krankenversicherung, Unfallkasse, Ärztekammer und privatärztliche Verrechnungsstellen sein. Die Übermittlung erfolgt überwiegend zum Zweck 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 weiter berechnigte Empfänger

4. Speicherung Ihrer Daten

Wir bewahren Ihre personenbezogenen Daten nur solange auf, wie dies für die Durchführung der Behandlung erforderlich ist.

Aufgrund rechtlicher Vorgaben sind wir dazu verpflichtet, diese Daten mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren.

Nach anderen Vorschriften können sich längere Aufbewahrungsfristen ergeben, z. B. 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 benötigen wir Ihr Einverständnis. In diesen Fällen haben Sie das Recht, die Einwilligung für 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 Aufsichtsbehörden lauten:

- Hessen: Hessischer Datenschutzbeauftragter, Gustav-Stresemann-Ring 1, 65189 Wiesbaden
- RLP: Landesbeauftragter für den Datenschutz und Informationsfreiheit, Hintere Bleiche 34, 55116 Mainz

6. Rechtliche Grundlagen

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist Artikel 9 Abs. 2 (it.h) DSGVO in Verbindung mit §22 Absatz 1 Nr. 1 (it.b) Bundesdatenschutzgesetz,
Sollten Sie Fragen haben, können Sie sich gerne an uns wenden.

Ihr Praxisteam

Bestätigung Datenschutz

Ich,

Name, Vorname

Datum

Unterschrift

Habe die Patienteninformation zum Datenschutz heute zur Kenntnis genommen.