

ORTHO PROFIS | RÜCKEN PROFIS

Freiwillige Angaben zur Anamnese **bitte in DRUCKBUCHSTABEN**

Vor- und Zuname: _____ **Geburtsdatum:** _____

Adresse (Straße/Nr./PLZ/Ort): _____

Telefon/Handy: _____ **E-Mail:** _____

Größe (cm): _____ **Gewicht** (kg): _____

Notfallkontakt Name: _____ **Telefon Notfallkontakt:** _____

Auskunftserlaubnis (Herausgabe von patientenbezogenen Unterlagen und Informationen: Die Bevollmächtigten werden durch dieses Schriftstück dazu bevollmächtigt, Auskünfte durch meine behandelnden Ärzte zu erhalten. Die Bevollmächtigten soll umfassend Auskunft über meinen Gesundheitszustand sowie Einsicht in die Krankenunterlagen erteilt werden. Die Behandelnden Ärzte sowie das Personal werden von Ihrer Schweigepflicht gegenüber den Bevollmächtigten entbunden. Die Bevollmächtigten sind ausweispflichtig.) ☐ **Ja**, das erlaube ich; ☐ **Nein**, ich erlaube es nicht.

Namen und Geburtsdatum der **Bevollmächtigten:** _____

Hausarzt/ weiterbehandelnder Arzt:

Praxisname: _____

Arztnamen: _____

Adresse: _____

1. **Beruf/** ausübende Tätigkeit: _____

2. Welchen **Sport** üben Sie aus? _____

3. Besteht bei Ihnen eine **Allergie** auf Medikamente oder Medikamentenunverträglichkeit? _____

4. Welche **chronischen Erkrankungen** bestehen bei Ihnen?

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> zu hoher Blutdruck | <input type="checkbox"/> zu niedriger Blutdruck |
| <input type="checkbox"/> Herzschrittmacher | <input type="checkbox"/> Stent | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenfunktionsstörung |
| <input type="checkbox"/> Lungenerkrankung | <input type="checkbox"/> Sonstige _____ | |

5. Nehmen Sie Blutverdünner oder eines der folgenden Medikamente? (Bitte ankreuzen)

- | | | | |
|---|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> ASS/Aspirin | <input type="checkbox"/> Marcumar | <input type="checkbox"/> Xarelto | <input type="checkbox"/> Eliquis |
| <input type="checkbox"/> Pradaxa | <input type="checkbox"/> Plavix | <input type="checkbox"/> Clexane | <input type="checkbox"/> sonstiges: _____ |

6. Fand eine **Operation** an der **Wirbelsäule** statt?

_____ Wenn **ja**, in welchem Jahr? _____

Fand eine **Operation** an den **Schultern, Hüften** oder **Knien** statt? Angabe der **Körperseite**.

_____ Wenn **ja**, in welchem Jahr? _____

7. Welche **Therapiemaßnahmen** wurden **in den letzten 3 Monaten** durchgeführt?

- | | | | |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Krankengymnastik | <input type="checkbox"/> Manuelle Therapie | <input type="checkbox"/> Massagen | <input type="checkbox"/> Chirotherapie |
| <input type="checkbox"/> Injektionen | <input type="checkbox"/> Akupunktur | <input type="checkbox"/> Osteopathie | |
| <input type="checkbox"/> Funktionstraining | <input type="checkbox"/> Rehasport | <input type="checkbox"/> TENS (Elektrostimulation) | |

8. Welche **Schmerz-Medikamente** nehmen Sie ein? Wie viel täglich? _____

9. Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? _____

Bitte füllen Sie ebenfalls die Rückseite aus!

**Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung für die Verarbeitung
personenbezogener Patientendaten (Art. 6, 7 Abs. 1 lit. A DSGVO)**

Ich stimme hiermit der Speicherung meiner personenbezogenen Daten durch die Praxis Ortho- und Rücken-
profis/ Privatärztliche MRT Partnerschaftsgesellschaft für den Zweck der ärztlichen Versorgung und der Ab-
rechnung der erbrachten Leistungen zu.

Ich bin einverstanden, dass meine Daten zur fachlichen Abstimmung oder im Fall einer Vertretung durch wei-
tere zu unserer Praxis gehörende Ärzte eingesehen werden dürfen.

1. Ich bin damit einverstanden, dass die Praxis elektronische Arztbriefe an weiterbehandelnde/ über-
weisende Ärzte verschlüsselt weitergibt:
☐ **Ja**, ich stimme zu; ☐ **Nein**, das möchte ich nicht.
2. Ich bin damit einverstanden, dass die Praxis **mir am Telefon Auskunft** über meinen nächsten Ter-
min und eingegangene Befunde erteilen darf. Auskunft über Behandlungsdaten sowie Therapie-
maßnahmen erfolgt ausschließlich über einen persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt.
☐ **Ja**, ich stimme zu; ☐ **Nein**, das möchte ich nicht.
3. Ich bin damit einverstanden, dass die Praxis **mich per Mail** kontaktiert, mir Auskunft über meinen
nächsten Termin und eingegangene Befunde erteilen darf. Auskunft über Behandlungsdaten sowie
Therapiemaßnahmen erfolgt ausschließlich über einen persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt.
☐ **Ja**, ich stimme zu; ☐ **Nein**, das möchte ich nicht.
4. Ich bin damit einverstanden, dass die Praxis meine Berichte meiner elektronischen Patientenakte
(ePa) zufügt.
☐ **Ja**, ich stimme zu; ☐ **Nein**, das möchte ich nicht.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch verifizierte
E-Mail an die Praxis widerrufen kann. (Art. 7 Abs. 3 DSGVO)

Mir ist bekannt, dass bis zu meinem jederzeit möglichen Widerruf die Verarbeitung meiner Daten rechtmäßig
ist. (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO)

Die Datenschutzerklärung der Praxis und deren Erläuterung liegt aus und kann jederzeit von mir eingesehen
werden.

Sie werden in unserer Praxis mit Ihrem Nachnamen aufgerufen. Sollten Sie dies nicht wünschen, sagen Sie
uns bitte Bescheid.

Ort, Datum

Unterschrift Patient/in