

ORTHO PROFIS | RÜCKEN PROFIS

Vor- und Zuname: _____ Geburtsdatum: _____

Freiwillige Angaben zur Anamnese **bitte in DRUCKBUCHSTABEN**

Handy-Nr: _____ E-Mail: _____

Größe (cm): _____ Gewicht (kg): _____

1. Notfallkontakt(e)

Name: _____

Telefon: _____

2. Vollmacht zur Herausgabe von Daten an Dritte:

Namen und Geburtsdatum der Bevollmächtigten: _____

Die Behandelnden Ärzte sowie das Personal werden von Ihrer Schweigepflicht gegenüber den Bevollmächtigten entbunden. Die Bevollmächtigten sind ausweispflichtig. Die Bevollmächtigten können umfangreiche Auskünfte durch meine behandelnden Ärzte, Informationen über meinen Gesundheitszustand sowie Einsicht in die Patientenunterlagen erhalten.

Ja, das erlaube ich; Nein, ich erlaube es nicht.

3. Beruf/ausgeübte Tätigkeit: _____

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

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

6. 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 _____ | |

7. 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: _____ |

8. 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? _____

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

- Krankengymnastik Manuelle Therapie Massagen Chirotherapie
 Injektionen Akupunktur Osteopathie
 Funktionstraining Rehasport TENS (Elektrostimulation)

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

11. Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? _____

Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärungen

Die Speicherung personenbezogener Daten durch die Praxis Ortho- und Rückenprofis/ Privatärztliche MRT Partnerschaftsgesellschaft für den Zweck der ärztlichen Versorgung und der Abrechnung der erbrachten Leistungen erfolgt gemäß Art 6 Abs. 1 S. 1 lit b DSGVO.

Zur fachlichen Abstimmung oder im Fall einer Vertretung kann Ihre Patientenakte durch sämtliche Ärzte unserer Partnergesellschaft eingesehen werden (gemäß Art 6 Abs. 1 S. 1 lit f DSGVO).

Für folgende Punkte benötigen wir Ihre Einwilligung gemäß Art 6 Abs. 1 S. 1 lit a DSGVO. Diese können Sie jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen:

1. Ich bin damit einverstanden, dass die Praxis für mich **Termine mit Weiterbehandelnden Ärzten, die nicht zu unserer Praxis gehören**, vereinbart und die dazu erforderlichen (Kontakt- und Behandlungs-)Daten weitergibt:

Hausarzt/ weiterbehandelnder Arzt (mit Adresse): _____

Ja, ich stimme zu; **Nein**, das möchte ich nicht.

2. Ich bin damit einverstanden, dass die Praxis **mir am Telefon Auskunft** über eingegangene Befunde erteilt. Auskünfte über Behandlungsdaten sowie Therapiemaßnahmen erfolgen 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 E-Mail** (ggf. zukünftig über andere geeignete Kommunikationskanäle, wie SMS, Messenger) an meinen nächsten Termin oder den einen eingegangenen Befund informiert und dafür meine Kontaktdaten auch an einen Dienstleister übermitteln darf.

Ja, ich stimme zu; **Nein**, das möchte ich nicht.

Sie werden in unserer Praxis mit Ihrem Nachnamen aufgerufen. Sollten Sie dies nicht wünschen, geben Sie uns bitte am Tag Ihres Besuches Bescheid.

Ort, Datum

Unterschrift Patient/in

Die Datenschutzerklärung unserer Partnergesellschaft liegt in unserer Praxis aus.