

Erstanamnesebogen

Liebe Patientin, lieber Patient,

ich freue mich, über Ihre Entscheidung meine physiotherapeutischen Leistungen zu nutzen.

Es ist mein Ziel, Sie optimal zu behandeln. Um die erste Behandlung für Sie zeitlich effektiver nutzen zu können, benötige ich vorab einige Informationen zu Ihrer Person und Ihrem Beschwerdebild. Die Beantwortung der Fragen ist freiwillig. Einzelne Fragen können auch im persönlichen Anamnesegespräch beantwortet werden.

Ich möchte Sie bitten, mir den Bogen zur ersten Behandlung mitzubringen. Vielen Dank. Alle Informationen unterliegen selbstverständlich der medizinischen Schweigepflicht und werden nicht weitergegeben. Bitte beachten Sie die

„Einwilligungserklärung in die Datenverarbeitung“ (s.u.).

Name	Vorname	Geburtsdatum
Straße und Hausnummer		PLZ und Wohnort
Email	Telefon (tagsüber)	
Beruf / ausgeübte Tätigkeit		Sport / Art und Häufigkeit pro Woche

Ist bei Ihnen eine Erkrankung bekannt, wie z.B.:

(falls ja, bitte im Freitext näher beschreiben)

- Bewegungsapparat (Bandscheibenvorfall, Spinalkanalstenose, Arthrose) _____
- Herz- Kreislauferkrankungen (Herzinfarkt, KHK, Bluthochdruck) _____
- Nierenerkrankung _____
- Atemwegserkrankungen (Asthma, COPD) _____
- Erkrankungen des Gemüts / Psyche (Depression, Burnout, Panikattacken) _____
- Rheumatischer Formenkreis _____
- Osteoporose _____
- Malige Erkrankung (z.B. Karzinom, Krebs) _____
- Infektionserkrankungen (Hepatitis, HIV, Covid-19) _____
- Vorausgegangene Operationen _____
- Medikamente _____

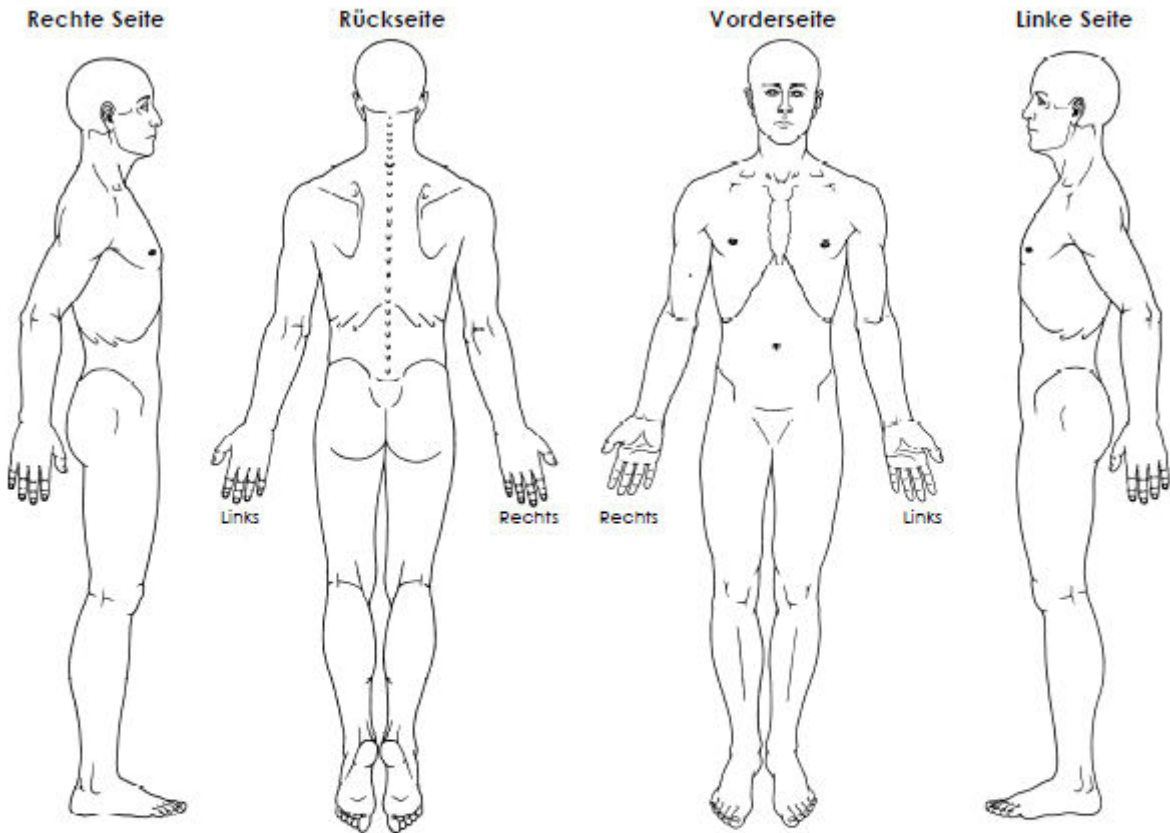
Wie beurteilen Sie Ihren derzeitigen körperlichen Aktivitätsgrad? (bitte umkreisen)

Niedrig („couch-Potato“)

mittel

hoch

Wo haben Sie aktuell Ihre Beschwerden? (bitte einzeichnen)



Beschreiben Sie Ihre Beschwerden möglichst genau mit Ihren eigenen Worten:

Gab es einen Auslöser für Ihre Beschwerden? (Sturz, Unfall, bestimmte Bewegung)

Haben Sie Schmerzen? Welche? Wann?

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

Wie stark sind Ihre Schmerzen momentan? (bitte einkreisen)

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

Wie stark sind Ihre Schmerzen maximal? (bitte einkreisen)

Bemerken Sie eine veränderte Sensibilität (Kribbeln, Taubheit) oder einen Kraftverlust?

Aktivität Bewegung Ruhe Stehen Sitzen Liegen Gehen etc. _____

Was verbessert Ihre Beschwerden? (bitte einkreisen)

Aktivität Bewegung Ruhe Stehen Sitzen Liegen Gehen etc. _____

Was verschlechtert Ihre Beschwerden? (bitte einkreisen)

Morgens beim Aufstehen / permanent / vor allem in der Nacht / abends / nach einer Ruhepause

Wann haben Sie Ihre Beschwerden? (bitte einkreisen)

Waren Sie mit Ihren Beschwerden schon bei einem Arzt oder Therapeuten? Wie haben sich Ihre Beschwerden dadurch verändert?

Röntgen Ultraschall Kernspintomographie (MRT) Manuelle Untersuchung CT
sonstige: _____

Welche Maßnahmen zu Diagnostik wurden bisher durchgeführt? (bitte einkreisen)

Was sind Ihre Erwartungen und Ziele für die Therapie?

Gelbe Seiten

Internet

Arzt

Familie

von Freunden/Nachbarn

Werbeanzeige

Flyer

Wie haben Sie von meiner Praxis erfahren? (bitte einkreisen)

Einwilligungserklärung in die Datenverarbeitung

Ich bin einverstanden, dass durch die Praxis „Praxis für Physiotherapie, Dirk Nölting, Dönberger Str. 144, 42111 Wuppertal“ meine Daten zu folgenden Zwecken erhoben, verarbeitet und genutzt werden: Zur Pflege der Kontaktdaten, der Erfüllung des Behandlungsvertrags, zu Informationszwecken, zur therapeutischen Dokumentation, zum Erstellen von Behandlungsberichten und Arztbriefen.

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:

Praxis Praxis für Physiotherapie, Dirk Nölting

Straße Dönberger Str. 144

PLZ Ort 42111 Wuppertal

Im Falle des Widerrufs werden meine Daten nach Ablauf gesetzlicher Fristen und falls solche nicht mehr zu beachten sind, mit dem Zugang der Willenserklärung in der Praxis gelöscht.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift