KERSTIN
HOFFMANN-BEN CHIEKH
OSTEOPATHIE

Anamnesebogen

Name: _____ **Vorname:** _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____ **Handy:** _____

E-Mail: _____

Allgemeine Angaben

Geschlecht

☐ männlich ☐ weiblich ☐ divers

Beruf

_____

Familienstand

☐ ledig ☐ verheiratet
☐ geschieden ☐ verwitwet

Kinder

☐ Ja ☐ Nein

Anzahl der Kinder
Nur ausfüllen, wenn Sie Kinder haben

_____

Name und Anschrift des Hausarztes / Therapeuten
Nur ausfüllen wenn ein Austausch mit ihm statt finden soll

_____

_____

_____

Termininfo über E-Mail erwünscht?

☐ Ja ☐ Nein

Aktuelles Körpergewicht in kg

_____

Aktuelle Körpergröße in cm

_____

Rauchen

☐ Nichtraucher ☐ Raucher

Informationen zur eigenen Geburt

- [ ] Spontangeburt
- [ ] Kaiserschnitt
- [ ] Zangengeburt
- [ ] Saugglockengeburt

Traten Komplikationen während der Geburt auf?
Bitte kurz beschreiben wenn Sie es wissen

Verletzungen

Verletzungen (auch aus der Kindheit)
Mehrfachauswahl möglich

- [ ] Unfälle
- [ ] Knochenbrüche
- [ ] Kopfverletzungen
- [ ] Stürze
- [ ] Sportunfälle

Wenn ja was?

Neigen Sie zu Stürzen oder zum Umknicken mit dem Fuß?

- [ ] Ja
- [ ] Nein

Erkrankungen

Leiden Sie unter folgenden Erkrankungen?
Mehrfachauswahl möglich

- [ ] Bluthochdruck
- [ ] Diabetes
- [ ] Gicht
- [ ] Gefäßerkrankungen
- [ ] Allergien
- [ ] Unverträglichkeiten

Wenn ja, welche?

Haben Sie Störungen, Erkrankungen oder Entzündungen an folgenden Organen?
Mehrfachauswahl möglich

- [ ] Gehirn
- [ ] Nervensystem
- [ ] Lunge
- [ ] Magen-Darm-Trakt
- [ ] Nieren
- [ ] Blase
- [ ] Leber
- [ ] Gebärmutter

- [ ] Galle
- [ ] Bauchspeicheldrüse
- [ ] Herz
- [ ] Schilddrüse

Wenn ja bitte genau angeben:

Haben Sie Probleme beim Wasserlassen

- [ ] schaumig
- [ ] süß duftend
- [ ] schmerzhaft
- [ ] nächtlicher Harndrang
- [ ] bierbraun
- [ ] rot
- [ ] ständiger Harndrang

Haben Sie Probleme beim Stuhlgang

Mehrfachauswahl möglich

- [ ] Durchfall
- [ ] Nervöser Magen
- [ ] Bleistiftstuhl
- [ ] farbloser Stuhl
- [ ] Verstopfung
- [ ] Blähungen
- [ ] roter Stuhl

Leiden Sie unter …

Mehrfachauswahl möglich

- [ ] Schlafstörungen
- [ ] Gereiztheit
- [ ] Unruhe
- [ ] Angstgefühlen
- [ ] Überforderung
- [ ] Stress
- [ ] Konzentrationsschwäche
- [ ] Stimmungsschwankungen
- [ ] Arbeitsproblemen
- [ ] Leistungsabfall
- [ ] Familienproblemen
- [ ] Andere Probleme

Wenn ja – bitte beschreiben

Nur ausfüllen, wenn Sie „Andere Probleme“ angekreuzt haben

Allgemeine Fragen

Essgewohnheit

Mehrfachauswahl möglich

- [ ] Vegan
- [ ] Allesesser
- [ ] Besondere Diät
- [ ] Vegetarisch
- [ ] Überwiegend Fastfood

Besondere Diät – Welche?

Trinkgewohnheit: Ich trinke ca. … Liter am Tag
Liter pro Tag

Trinken Sie Alkohol?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn regelmäßiger Alkoholkonsum – was, wie oft und wie viel?

Gibt es in Ihrer Familie besondere Krankheiten oder Erbkrankheiten?
Bitte kurz beschreiben

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente oder andere Sublements etc ein?
Bitte kurz beschreiben

Wurden Sie schon einmal operiert?
Zum Beispiel wegen Unfällen oder Erkrankungen – bitte kurz beschreiben

Welche Narkose haben Sie erhalten?
Mehrfachauswahl möglich

☐ Vollnarkose ☐ Teilnarkose
☐ PDA (Rückenmarksnarkose)

Kam es zu Komplikationen oder postoperativen Beschwerden?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche?
Biite kurz beschreiben

Welche Krankheiten hatten Sie bisher?
Bitte kurz beschreiben

Fragen an Frauen

Wie beschreiben Sie Ihre Periode?

- ☐ regelmäßig
- ☐ unregelmäßig
- ☐ starke Blutung
- ☐ normale Blutung
- ☐ minimale Blutung
- ☐ starke Schmerzen

Hier können Sie weitere Angaben zur Menstruation machen

Nehmen Sie Hormone?

- ☐ Ja
- ☐ Nein

Wenn ja – bitte benennen

Hatten Sie Geburten?

- ☐ Ja
- ☐ Nein

Wenn ja wieviele, welche Art und gab es Komplikationen?
Spontangeburt, Zangengeburt, Kaiserschnitt, Notkaiserschnitt, Saugglockengeburt ...

Gab es während der Schwangerschaft oder nach der Geburt Komplikationen
bitte näher beschreiben

Leiden Sie unter Wechseljahrsbeschwerden?
Mehrfachauswahl möglich

- ☐ nein
- ☐ Hitzewallungen
- ☐ Stimmungsschwankungen
- ☐ Trockenheit der Scheide

- [ ] Kopfschmerzen
- [ ] Osteoporose
- [ ] Gewichtszunahme
- [ ] geringe Libido

Ihre aktuellen Beschwerden

Was sind Ihre aktuellen Beschwerden?

Bitte wählen Sie den genauen Schmerzort

- [ ] Kopf
- [ ] Nacken
- [ ] Schulter rechts
- [ ] Oberarm / Ellbogen rechts
- [ ] Hand / Handgelenk rechts
- [ ] Oberbauch
- [ ] Oberer Rücken
- [ ] Kreuzbein / Becken
- [ ] Hüfte rechts
- [ ] Oberschenkel rechts
- [ ] Knie rechts
- [ ] Unterschenkel / Fuß rechts
- [ ] Kiefer
- [ ] Schulter links
- [ ] Oberarm / Ellbogen links
- [ ] Hand / Handgelenk links
- [ ] Brustkorb
- [ ] Unterbauch
- [ ] Lendenwirbelsäule
- [ ] Hüfte links
- [ ] Oberschenkel links
- [ ] Knie links
- [ ] Unterschenkel / Fuß links

Schmerzstärke

1 = sehr schwach (kaum spürbar), 10 = sehr stark (stärkster vorstellbarer Schmerz)

- [ ] 1
- [ ] 2
- [ ] 3
- [ ] 4
- [ ] 5
- [ ] 6
- [ ] 7
- [ ] 8
- [ ] 9
- [ ] 10

Schmerzort und Schmerzausstrahlung genauer beschreiben

Zum Beispiel Fläche der Ausstrahlung

Beschreiben Sie bitte Ihr Schmerzempfinden

Mehrfachauswahl möglich

- [ ] Ziehend
- [ ] stechend
- [ ] drückend
- [ ] krampfend
- [ ] reißend
- [ ] dumpf
- [ ] ausstrahlend
- [ ] bohrend
- [ ] brennend
- [ ] krabbelnd
- [ ] klopfend
- [ ] beengend
- [ ] nicht zu beschreiben
- [ ] taub

Seit wann haben Sie die Beschwerden?

Gab es vor dem ersten Auftreten ein Ereignis?
Impfung, Krankheit, seelische Belastung, Unfall, Medikamente etc. – bitte kurz beschreiben

Kam es zu einer Veränderung der Schmerzen?

☐ Ja ☐ Nein

Veränderung der Schmerzen – bitte beschreiben

Wie oft haben Sie die Schmerzen?

☐ Immer
☐ zu einer bestimmten Tageszeit
☐ Seltener
☐ Mehrmals am Tag
☐ Wöchentlich

Wann treten die Schmerzen auf?
Mehrfachauswahl möglich

☐ Tagsüber
☐ Im Liegen
☐ Bei Belastung
☐ Nach dem Essen
☐ Nachts
☐ Im Ruhezustand
☐ Beim Aufstehen

Wodurch verschlimmern sich die Schmerzen?
Zum Beispiel Kälte, Wärme, Ruhe, Bewegung – bitte kurz beschreiben

Treten zu den Schmerzen weitere Symptome auf?
Mehrfachauswahl möglich

☐ Schwellungen
☐ Kribbeln
☐ Blässe
☐ Schweißbildung
☐ Berührungsempfindlichkeit
☐ Bewegungseinschränkungen
☐ Sonstiges
☐ Taubheitsgefühl
☐ Hautrötungen
☐ Seh- oder Hörstörungen
☐ Schwindel
☐ Muskelschwäche
☐ Koordinationsstörungen

Sonstige Symptome – bitte beschreiben

Wie wurden die Schmerzen bisher behandelt und mit welchem Erfolg?
Bitte kurz beschreiben

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten bzw. Erziehungsberechtigten

OSTEOPATHISCHER BEHANDLUNGSVERTRAG

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
Herzlich Willkommen in meiner Praxis.
Bevor die osteopathische Behandlung beginnt möchte ich Sie bitten folgenden Vertrag in Ruhe durchzulesen. Bei Rückfragen stehe ich Ihnen gerne zur Verfügung.

I. Vertrag

zwischen

Osteopathie Kerstin Hoffmann-Ben Chiekh
Heilpraktikerin Fachausbildung Osteopathie
Oberbergstraße 37
65207 Wiesbaden

KERSTIN
HOFFMANN-BEN CHIEKH
OSTEOPATHIE

und

Name	
Vorname	
Geburtsdatum	
Name des Erziehungsberechtigten	
Adresse	
Telefonnr./ Handynr.	
Email	
Hausarzt	

Versicherungsschutz
(bitte ankreuzen)

- ☐ privat
- ☐ gesetzlich
  (bei : _)
- ☐ Heilpraktiker – Zusatz VS
- ☐ Beihilfe
- ☐ Zusatz - VS
  (bei : _)

II. Vertragsgegenstand

Es handelt sich um einen Behandlungsvertrag nach § 630 a ff BGB in Verbindung mit §611 BGB, der dann zustande kommt, wenn der Patient diesen Behandlungsvertrag unterschrieben hat oder in einer anderen Weise das Angebot der Praxis formlos angenommen hat.
Gegenstand dieses Vertrages ist die osteopathische Behandlung des Patienten.
Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird in diesem Vertrag die Anrede ´Patient` genutzt, dabei ist von Patienten jeglichen Geschlechts die Rede.

III. Schweigepflicht

Alles, was im Rahmen einer Sitzung besprochen wird fällt unter die Schweigepflicht. Die Therapeutin verpflichtet sich, ihre Privatsphäre zu wahren und keinen Inhalt aus den Sitzungen an Dritte weiterzugeben.
In besonderen Fällen, wie z.B. einer Meldepflicht im Rahmen des Infektionsschutzgesetze oder gerichtliche Anordnung ist die Therapeutin von der Schweigepflicht entbunden.

IV. Datenschutz

Die Praxis speichert personenbezogene Patientendaten, soweit dies für Diagnose, Beratung und Therapie sowie für die Abwicklung des Vertragsverhältnisses erforderlich ist. Es gelten hier die Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes.

V. Vergütung / Honorar

In der Regel kostet eine Stunde Behandlung **95€** für Erwachsene und **75€** für Babys und Kinder.
Je nach Umfang der Behandlung behalte ich mir vor nach der Heilpraktikerverordnung abzurechnen.
Mit der Wahrnehmung eines Termins verpflichtet sich der Patient oder dessen gesetzlicher Vertreter, das dafür vereinbarte Honorar unmittelbar nach Erhalt der Rechnung entweder direkt bar, per EC oder Kreditkarte oder per paypal zu bezahlen.
Osteopathische Behandlungen und andere Naturheilverfahren werden u.U. nicht oder nur teilweise durch gesetzliche bzw. private Krankenversicherungen oder Beihilfestellen erstattet. Das Honorar ist in jedem Fall in voller Höhe zu entrichten, auch wenn Ihre Versicherung nur einen Teil des Honorars oder gar nichts übernimmt. Dasselbe gilt für eine etwaige Erstattung durch die Beihilfe. Die Gewährung der Vergütung ist nicht von einem Behandlungserfolg abhängig. Für die Therapeutin besteht die Verpflichtung zu einer gewissenhaften Behandlung unter Beachtung der Aufklärungs – und Sorgfaltspflicht.

VI. Absageregelung

Die Praxis wird nach einem Bestellsystem geführt.
Das bedeutet, dass die vereinbarte Zeit ausschließlich für den jeweiligen Patienten reserviert ist.
Für den Fall, dass ein Termin seitens des Patienten nicht wahrgenommen werden kann muss dieser **24 Werktagsstunden zuvor abgesagt** werden.
Der Termin wird innerhalb dieser Frist kostenfrei storniert und ein Ersatztermin angeboten.
Der Patient hat die Möglichkeit per Anruf unter 0152-07283442 (bitte eine Nachricht hinterlassen wenn Sie mich nicht persönlich erreichen) oder per e-mail unter *info@kh-osteopathie.com* uns über die Absage in Kenntnis zu setzen.

Unentschuldigt nicht wahrgenommene oder nicht rechtzeitig abgesagte Termine werden in Höhe des Behandlungssatzes von 95€ für Erwachsene oder 75€ für Babys und Kinder in Rechnung gestellt.

VII. Dienstleistungsbeschreibung

Osteopathie ist eine besondere Form der Untersuchung und Behandlung von schmerzhaften sowie auch symptomfreien Störungen der Muskel – , Gelenk - ,Nerven- und Organfunktionen. Mit Hilfe der Osteopathie können sowohl akute als auch chronische Beschwerden therapiert werden. Es wird nicht nur das Krankheitsbild bzw. die Symptome an sich behandelt, sondern der Mensch in seiner Gesamtheit. Auch bei unten genannten Gegenanzeigen ist eine eingeschränkte Behandlung möglich, sofern eine korrekte medizinische / ärztliche Abklärung vorangegangen und der Behandler informiert ist.
Die Osteopathie wird vor allem angewandt bei Erkrankungen, Problemen und

Funktionsstörungen
- des Stütz – und Bewegungsapparates
- der inneren Organe
- des Nervensystems
- des Cranio – Sacralen Systems

Osteopathie ist wegen des ganzheitlichen Ansatzes nicht für alle Krankheiten geeignet. Der Gang zum spezialisierten Facharzt oder zum Allgemeinmediziner kann durch die Osteopathie nicht ersetzt werden.
Ziel der Therapie ist immer die Wiederherstellung und Stärkung des Gleichgewichtes der Köperfunktionen, damit die Selbstheilungskräfte wirken können.

Als kurzfristig vorübergehende Reaktionen können ua. auftreten :

- eine kurzfristige Erstverschlimmerung der Symptome oder kurzes Akutwerden einer chronischen Entzündung
- Müdigkeit, Kopfschmerzen, Schwindel, Fieber, Schwitzen
- Veränderung der Körperausscheidungen u/o Menstruationszyklus
- Schlafstörungen ...

Eventuelle Kontraindikationen werden vor der Behandlung besprochen, wie zum Beispiel:

- Tumore / - Thombosen / - Aneurysmen
- spontane Hämatombildungen / - inflammatorischer Rheumatismus
- schwere neurologsiche Störungen
- Tbc
- längere Behandlungen mit Cortison

Schwerwiegende oder lebensbedrohliche Komplikationen sind extrem selten.
In seltenen Fällen – mit einer Wahrscheinlichkeit von 1:400.000 – 1.2.000.000 – kann es nach Behandlungen der Wirbelsäule bei entsprechender Voraussetzung zu einer Hirnblutung, einem Schlaganfall oder der Schädigung des Rückenmarks kommen. Individuelle Risiken des Patienten (z.B. Osteoporose / Rheuma / Herzerkrankungen...) sind der Therapeutin bei der Anamnese und bei Veränderungen vor jeder Behandlung mitzuteilen.

VIII. Therapeutische Anmerkung zum Aufklärungsgespräch

O Ich erkläre hiermit, umfassend und verständlich gemäß des obigen Textes von Frau Kerstin Hoffmann-Ben Chiekh über die Untersuchung und Behandlung mittels Osteopathie aufgeklärt worden zu sein. Meine Fragen sind vollständig geklärt. Ich hatte ausreichend Bedenkzeit und wünsche die Behandlung mittels Osteopathie. Bei Gesundheitsstörungen werde ich sofort die Therapeutin bzw. den Arzt verständigen bzw. mich wieder vorstellen.

O Ich verzichte auf die Aufklärung, da ich vorinformiert bin und medizinische Kenntnisse habe. Ich wünsche dennoch die Behandlung mittels Osteopathie.

Ort, Datum

Unterschrift Patient

Datenschutzinformation und Einwilligungserklärung in die Datenverarbeitung

Name: ……

Vorname: ……..

Anschrift: ……

Geburtsdatum: ……

In unserer Praxis werden während Ihrer Behandlung personenbezogene vertrauliche Daten erhoben. Immer schon unterliegen alle Therapeuten und Mitarbeiter in unserer Praxis einer strengen Schweigepflicht. Nach dem jetzt in Kraft getretenen neuen Datenschutzrecht (EU-Datenschutz-Grundverordnung und Bundesdatenschutzgesetz) sind wir verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck unsere Praxis Daten erhebt, speichert oder weiterleitet. Der Information können Sie auch entnehmen, welche Rechte Sie beim Datenschutz haben. Ferner ist Ihre ausdrückliche Einwilligung in die Datenerhebung erforderlich.

1. VERANTWORTLICHKEIT FÜR DIE DATENVERARBEITUNG

Verantwortlich für die Datenverarbeitung ist:
Praxisname: Osteopathiepraxis Kerstin Hoffmann-Ben Chiekh
Adresse: Oberbergstraße 37, 65207 Wiesbaden
Telefon: 0152-07283442

In unserem Bundesland ist in allen Datenschutzangelegenheiten Ansprechpartner:

Der Hessische Beauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit
Postfach 31 63
65021Wiesbaden
Gustav-Stresemann-Ring 1
65189 Wiesbaden
Telefon: 06 11/140 80
E-Mail: poststelle@datenschutz.hessen.de
Internet: https://www.datenschutz.hessen.de

2. ZWECK DER DATENVERARBEITUNG

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und Ihrem Heilpraktiker 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 Heilpraktiker erheben. Zu diesen Zwecken können uns auch andere Heilpraktiker, Ärzte oder Psychologische Psychotherapeuten, bei denen Sie in Behandlung sind, Daten zur Verfügung stellen (z. B. in Therapeutenbriefen), wenn Sie sie von ihrer Schweigepflicht entbunden haben.

Die Erhebung von Gesundheitsdaten ist Voraussetzung für Ihre Behandlung. Werden die notwendigen Informationen nicht bereitgestellt, kann eine sorgfältige Behandlung nicht erfolgen.

3. WEITERGABE IHRER DATEN AN DRITTE

Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte (z. B. ein Labor), wenn Sie eingewilligt haben.

4. SPEICHERUNG IHRER DATEN

Wir bewahren Ihre personenbezogenen Daten nur solange auf, wie dies für die Durchführung der Behandlung erforderlich ist. Nach rechtlichen Vorgaben sind wir dazu verpflichtet, diese Daten mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren.

5. EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG

Durch Ihre Unterschrift erklären Sie sich ausdrücklich mit der für Ihre Behandlung notwendigen Erhebung und Speicherung persönlicher Daten einverstanden.

Sie haben das Recht, diese Einwilligung jederzeit zu widerrufen, jedoch wirkt ein Widerruf nur für die Zukunft, da nach gesetzlichen Bestimmungen eine Dokumentation Ihrer Behandlungsdaten zwingend vorgeschrieben ist. Nach Widerruf dieser Einwilligungserklärung ist allerdings eine weitere Behandlung nicht mehr möglich.

6. WEITERE EINWILLIGUNGSERKLÄRUNGEN

- Einverständnis eines „Recall“ zu Gesundheitsuntersuchungen usw.;
- Einverständnis per E-Mail oder auf anderem Wege, Patienteninformationen, Terminbestätigungen und Befunde zugesendet zu bekommen;
- Einverständnis, Einladungen zu Praxisveranstaltungen oder anderen Veranstaltungen, Gutscheinaktionen, Neuigkeiten in der Praxis, Geburtstags- oder Weihnachtswünsche per e-mail oder auf anderem Wege zu erhalten.

7. 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 die 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 des für unsere Praxis zuständigen Datenschutzbeauftragen/Aufsichts-behörde können Sie oben Nr. 1. entnehmen.

8. RECHTLICHE GRUNDLAGEN

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist Artikel 9 Absatz 2 lit. h) DS-GVO in Verbindung mit § 22 Absatz 1 Nr. 1 lit. b) Bundesdatenschutzgesetz. Sollten Sie Fragen haben, können Sie sich jederzeit an uns wenden.

☑ Ja, ich möchte in den Newsletterverteiler der Osteopathiepraxis Kerstin Hoffmann-Ben Chiekh mit aufgenommen werden und keine Neuigkeiten mehr verpassen.

(Ort, Datum) ……

……...
Unterschrift Patient