

Datenschutzerklärung

Datenschutzrechtliche Einwilligung in die Verarbeitung personenbezogener Daten:

Hiermit erteile ich:

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Meine Einwilligung in die Verarbeitung meiner Gesundheitsdaten im Zusammenhang mit einer Behandlung in der Praxis der/des datenschutzrechtlichen verantwortlichen Heilpraktikerin/Heilpraktiker:

Corepus Chiropraktik und Bodyworks, Johanna Gwiasda, Heilpraktikerin für Chiropraktik, Rübekamp 25, 25421 Pinneberg.

Hiermit bestätige ich Folgendes:

- Ich bin darauf hingewiesen worden, dass die Verarbeitung meiner Daten zum Zweck der medizinischen Behandlung (Anamnese, Befunderhebung, Diagnose, Therapie, Nachsorge, etc.) sowie aufgrund des zugrunde liegenden Behandlungsvertrag erforderlich ist.
- Ich bin darauf hingewiesen worden, dass die Einwilligung die Verarbeitung sensibler Daten (Gesundheitsdaten) umfasst.
- Die zur sachgerechten Information erforderlichen Angaben habe ich vor der Datenerhebung von der verantwortlichen Person mitgeteilt bekommen.
- Meine Einwilligung erfolgt freiwillig. Mir ist bekannt, dass ich nicht verpflichtet bin, diese Einwilligung zu erteilen. Erteil ich diese Einwilligung nicht, entstehen mir hierdurch keine Nachteile. Ohne Einwilligung kann jedoch grundsätzlich keine Behandlung durch den Verantwortlichen erfolgen.
- Den Inhalt der abgedruckten Widerrufsbelehrung habe ich vor der Erteilung der Einwilligung zur Kenntnis genommen

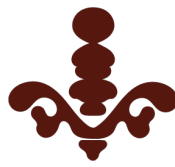
Ort, Datum

Unterschrift der/des Patientin/Patienten

Widerrufsbelehrung

Die Einwilligung kann jederzeit und ohne Angaben von Gründen widerrufen werden. Die Rechtmäßigkeit, der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung wird dadurch nicht berührt. Gesetzliche Erlaubnistatbestände bleiben von einem Widerruf der Einwilligung unberührt. Im Falle des Widerrufs ist eine Fortsetzung der Behandlung durch den Verantwortlichen grundsätzlich nicht mehr möglich. Die Einwilligung kann mündlich oder schriftlich widerrufen werden. Der Widerruf ist zu richten an:

Corepus Chiropraktik und Bodyworks, Johanna Gwiasda, Heilpraktikerin für Chiropraktik, Rübekamp 25, 25421 Pinneberg.



Behandlungsvertrag

Fragen zu Ihrer Person:

Name: _____ Vorname: _____

Straße: _____ PLZ, Ort: _____

Telefon: _____ E-Mail: _____

Geburtsdatum: _____

Bei Minderjährigen bitte Daten des Erziehungsberechtigten angeben:

Name: _____ Vorname: _____

Straße: _____ PLZ, Ort: _____

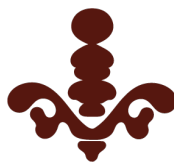
Geburtsdatum: _____

Ich möchte Sie darüber informieren, dass Sie unmittelbar zahlungspflichtiger Vertragspartner mit mir sind.

- Im Anschluss jeder Behandlung erfolgt die Bezahlung. Sie erhalten eine Rechnung laut GebüH (Gebührenordnung für Heilpraktiker), die Sie bei Ihrer privaten Versicherung oder Zusatzversicherung einreichen können. Eine volle Erstattung meiner Leistung kann ich leider nicht garantieren, da jede private Krankenkasse eigene Richtlinien bestimmt.
- Sind Sie gesetzlich versichert, informieren Sie sich bitte, ob die Kosten anteilig von Ihrer Krankenkasse übernommen werden.
- Sollten Sie versäumen, nicht oder nicht rechtzeitig (innerhalb von 24 Stunden vor dem Termin) Ihre Termine abzusagen, bin ich gehalten, Ihnen die ausgefallene Behandlungszeiten gemäß §611, Satz 3, SGB nach den gültigen Behandlungsentgelten der gesetzlichen oder privaten Krankenkassen in Rechnung zu stellen (siehe auch §615, BGB)
- Ich bin im Erstgespräch über die möglichen Risiken und Nebenwirkungen von chiropraktischen Manipulationstechniken informiert worden.
- Hiermit bestätige ich die Kenntnisnahme und die Richtigkeit der gemachten Angaben

Ort, Datum

Unterschrift der/des Patientin/Patienten



Anamnesebogen

Wie sind Sie auf die Praxis aufmerksam geworden?

☐ Empfehlung ☐ Internet ☐ Zeitung ☐ Andere

Wurden Sie schon einmal chiropraktisch behandelt?

☐ Nein ☐ Ja bei:

Was machen Sie beruflich?

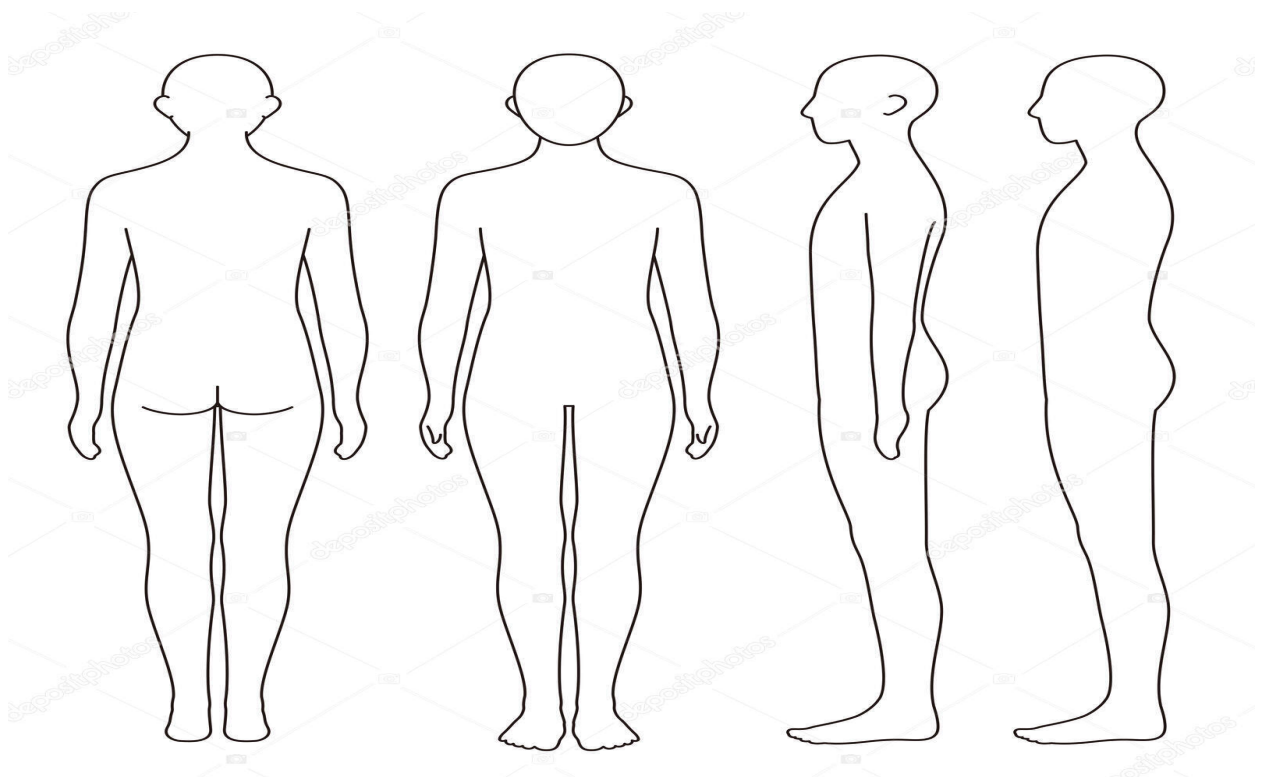
Wie viele Kinder haben Sie:

Wie war die Geburt Ihrer Kinder ? (Frauen)

Nehmen Sie dauerhaft Medikamente ein?

Welches Problem führt Sie zu mir?

Zeichnen Sie Ihr aktuelles Problem ein:





Seit wann haben Sie die Beschwerden?

- ☐ Tagen
- ☐ Wochen
- ☐ Monate
- ☐ Jahre

Gab es einen Auslöser?

Das Problem beeinträchtigt mich beim .. ?

- ☐ Arbeiten
- ☐ Sitzen
- ☐ Gehen
- ☐ Entspannen
- ☐ Sport

Fanden bezüglich des Problems Voruntersuchungen statt? (Röntgen, MRT, Orthopädie, ..)

Gibt es außerdem folgende Symptome:

- ☐ Kopfschmerzen (Seit wann?)

- ☐ Migräne (Wie oft)

- ☐ Schwindel (Wie oft?)

- ☐ Tinnitus (Welche Seite?)

- ☐ Kreislaufbeschwerden
(Wie oft?)

- ☐ Schmerzen in Schulter,
Ellenbogen, Handgelenke
(Wie oft?)

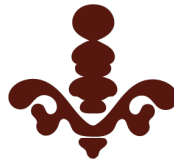
- ☐ Schmerzen in Hüfte, Knie,
Fußgelenke?

- ☐ Bandscheibenthematiken
(Segment?)

- ☐ Rheumatische Erkrankungen

- ☐ Verdauungsprobleme
(Durchfall, Verstopfung)

- ☐ Sonstige Probleme (Schilddrüse,
Menstruation, etc.)



Gab es größere Stürze (Pferd, Fahrrad, Ski)

☐ Nein ☐ Ja, welche und wann: _____

Gab es Operationen?

☐ Nein ☐ Ja, welche und wann: _____

Wie war Ihre eigene Geburt?

☐ Normale Geburt ☐ Kaiserschnitt ☐ Saugglocke ☐ Komplikationen

Gibt es Besonderheiten in Ihrem Bewegungsapparat (bsp.: Osteoporose, Wirbelgleiten)?

☐ Nein ☐ Ja, welche: _____

Bewegung

Wie viel Stunden sitzen Sie am Tag? Beruflich: _____ h, Privat: _____ h,

Treiben Sie regelmäßig Sport?

☐ Nein ☐ Ja, _____ x / Woche _____

Ernährung

Bevorzugen Sie einen Ernährungsstil? Wenn ja, welchen? _____

Wie viel Flüssigkeit nehmen Sie am Tag zu sich? Und was? _____

Trinken Sie Alkohol? ☐ Nein ☐ Ja, wie viel? _____

Sind Sie Raucher? ☐ Nein ☐ Ja, wie viel? _____

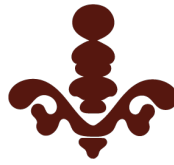
Schlaf

Fühlen Sie sich nach dem Schlafen erholt?

☐ Ja ☐ Nein, seit: _____ nicht.

Schlafen Sie schnell ein?

☐ Ja ☐ Nein und es dauert _____ Stunden ☐ und ich schlafe nicht durch.



Stress

Fühlen Sie sich oft müde und antriebslos?

☐ Nein ☐ Ja, seit: _____

Knirschen oder pressen Sie mit den Zähnen?

☐ Nein ☐ Ja, seit: _____ ☐ und ich bin in
zahnärztlicher Behandlung.

Gesundheitsziel:

- ☐ Verstehen der eigentlichen Ursache meiner Beschwerden
- ☐ Verbesserung meiner Gesundheit auch durch Eigeninitiative (wie Übungen)
- ☐ Ich möchte in meine Gesundheit investieren, damit es mir auch im Alter gut geht

Anmerkungen aus der Praxis:

JUSTIERUNG:

HWS
KIEFER

SHOU
BWS
LWS
BECKEN

MAGEN

KNEE