



ANAMNESEBOGEN FÜR KINDER

Bitte nehmen Sie sich Zeit diesen Bogen sorgfältig auszufüllen! Er stellt eine wichtige Grundlage für die Behandlung Ihres Kindes in unserer Praxis dar. Wir möchten die Gewohnheiten Ihres Kindes kennenlernen und verstehen, um das gesunde Wachstum und das Wohlbefinden Ihres Kindes optimal zu unterstützen.

PERSÖNLICHE DATEN DES KINDES

Vorname _____

Straße _____

Nachname _____

PLZ / Ort _____

Geburtsdatum _____

Telefon _____

ANGABEN DES ERZIEHUNGSBERECHTIGTEN

Name _____

Geburtsdatum _____

E-Mail _____

Mobil _____

KRANKENVERSICHERUNG (Bitte beachten Sie die angehängte Honorarvereinbarung)

gesetzlich bei _____ Zusatzversicherung für HP _____

privat bei _____ Beihilfe Post B

ALLGEMEINE ANGABEN

Die Eltern leben zusammen getrennt / geschieden in neuer Partnerschaft

Geschwister (Vorname und Geburtsjahr) _____

War Ihr Kind zuvor schon mal in chiropraktischer Behandlung

Ja, zuletzt am _____ Bei _____

Ist das Kind aktuell in ärztlicher Behandlung? Ja, wegen _____

SCHWANGERSCHAFT UND GEBURT

Die wievielte Schwangerschaft _____

Dein Kind wurde in der _____ Schwangerschaftswoche geboren Ja Nein Unsicher

Es gab Komplikationen / Besonderheiten während der Schwangerschaft

Einnahme von Medikamenten während der Schwangerschaft

Das Kind war ein/e Steißlage / Beckenendlage / Sterngucker

Die Geburt wurde medikamentös eingeleitet

Während der Geburt wurde auf den Bauch gedrückt

Es wurde ein Kaiserschnitt gemacht

Bei der Geburt wurden Hilfsmittel (Zange / Saugglocke) verwendet

Das Kind hatte Geburtsverletzungen

Sonstige Komplikationen

HIER FINDE ICH MEIN KIND ALS SÄUGLING WIEDER

- | | | |
|---------------------------------------------------------|--------------------------------------------|------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Stillprobleme | <input type="checkbox"/> Schreikind | <input type="checkbox"/> Lieblingsseite |
| <input type="checkbox"/> Schlafprobleme | <input type="checkbox"/> Spuckt viel | <input type="checkbox"/> bewegt Arme ungleich |
| <input type="checkbox"/> Haarlose Stellen am Hinterkopf | <input type="checkbox"/> Kopfschiefhaltung | <input type="checkbox"/> bewegt Beine ungleich |

HIER FINDE ICH MEIN KIND ALS KLEINKIND / SCHULKIND WIEDER

- | | |
|------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Schwierigkeiten beim Krabbeln | <input type="checkbox"/> Haltungs- und Bewegungsauffälligkeiten |
| <input type="checkbox"/> Schwierigkeiten beim Laufen | <input type="checkbox"/> Sprach- und Verständnisverzögerung |
| <input type="checkbox"/> Probleme im Kindergarten / Schule | <input type="checkbox"/> Konzentrations- und Lernschwierigkeiten |
| <input type="checkbox"/> Soziale Entwicklungsverzögerungen | <input type="checkbox"/> Auffällige Ernährungsgewohnheiten |

DAS KIND HAT / HATTE (WAS UND WANN)

- | | |
|-------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Brille _____ | <input type="checkbox"/> Allergien / Unverträglichkeiten _____ |
| <input type="checkbox"/> Zahnspange _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> Schuheinlagen _____ | <input type="checkbox"/> Impfungen _____ |
| <input type="checkbox"/> Absatzerhöhung _____ | <input type="checkbox"/> besonders belastende Ereignisse _____ |
| <input type="checkbox"/> Unfälle / Stürze _____ | <input type="checkbox"/> Unfälle / Stürze _____ |
| <input type="checkbox"/> Knochenbrüche _____ | <input type="checkbox"/> Knochenbrüche _____ |
| <input type="checkbox"/> Operationen _____ | <input type="checkbox"/> Operationen _____ |

DAS ALLTÄGLICHE

- | | |
|---------------------------------------------|----------------------------------------|
| Schlafstunden _____ STD / Nacht | Spielstunden _____ STD / Tag |
| Trinkmenge / Wasser _____ Liter / Tag | Größe _____ cm Gewicht _____ kg |
| Süßigkeiten _____ Portionen/ Tag | Sport _____ STD / Woche |
| Hausaufgaben _____ STD / Tag | Sportarten / Freizeitaktivitäten _____ |
| Geräte (PC, TV, Handy) _____ STD / Tag | _____ |

GESUNDHEIT DES KINDES BIS HEUTE

Hat das Kind häufig wiederkehrende Beschwerden oder Krankheiten?

Nimmt das Kind regelmäßig Medikamente ein?

Nein Ja, folgende _____

Wurde Ihr Kind laut gültigem Impfplan ‚durchgeimpft‘? ja nein andere _____

AKTUELLER GESUNDHEITZUSTAND

Mein Kind hat Beschwerden und kommt prophylaktisch in die Praxis

Mein Kind kommt wegen folgendem Problem in die Praxis

Seit wann besteht dieses Problem? Tage Wochen Monate Jahre Schon immer

Wurden bereits andere Therapeuten / Ärzte wegen dieses Problems aufgesucht?

Nein Ja, folgende _____

Haben Voruntersuchungen stattgefunden? (CT, MRT, Röntgen, Labor, Orthopäde ...)

Nein Ja, folgende _____

(Gerne können Sie uns schriftliche Befundergebnisse mitbringen.)

HIER FINDE ICH MEIN KIND HEUTE WIEDER

Kopfschmerzen

Zahnprobleme

Stimmungsschwankungen

Gleichgewichtsstörungen

Schlaflosigkeit

Rechenprobleme

Schwindel

Alpträume

Rechtschreibprobleme

Koordinationsstörungen

übermäßiges Schwitzen

Konzentrationsschwierigkeiten

Augenprobleme

Blasenleiden

Verspannungen

Nebenhöhlenprobleme

Verdauungsprobleme

Skoliose

schwaches Immunsystem

Appetitverlust

Gelenkschmerzen

Asthma

Gewichtsprobleme

Schilddrüsenprobleme

Kiefergelenkprobleme

Hautprobleme

Menstruationsprobleme

SO BIN ICH AUF CHIROPRACTIC FOR LIFE AUFMERKSAM GEWORDEN ...

Internet Social Media Empfehlung von _____ Sonstiges

DAS MÖCHTE ICH AUßERDEM NOCH ERWÄHNEN / FRAGEN

Ich habe alle Angaben nach bestem Wissen gemacht und werde die Praxis bei relevanten Veränderungen dieser Angaben in Kenntnis setzen.

Ort

Datum

Unterschrift



chiropractic for life

Carsten Brinkpeter & Team

Was wir noch sagen müssen - das KLEINGEDRUCKTE

Allgemeine Aufklärungspflicht:

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

Die in meiner Praxis durchgeführten Diagnose- und Therapieverfahren sind sanfte amerikanische Techniken, die Risiken auf ein Mindestmaß reduzieren.

Dennoch existiert seitens des Gesetzgebers die Verpflichtung, Sie über Gefahren von chiropraktischen Maßnahmen und die komplette Behandlung aufzuklären. Dieses erfolgt im persönlichen Gespräch beim ersten Termin.

Bitte nehmen Sie sich Zeit den Fragebogen gewissenhaft auszufüllen und die nachfolgenden Texte gründlich zu lesen.

1. Urteil des OLG Düsseldorf (vom 8.07.1993 302/91)

„Über eventuelle Gefahren chiropraktischer Maßnahmen ist aufzuklären:

In diesem Urteil wird verlangt, dass der Patient über das Risiko aufgeklärt werden muss, dass es in seltenen Fällen, trotz korrekter Durchführung der Manipulation an der Halswirbelsäule, zu dauerhaften Durchblutungsstörungen des Kopfes kommen kann.“

2. Urteil des OLG Stuttgart (vom 20.02.1997 14U 44/96)

„Ein Heilbehandler (Arzt, Heilpraktiker, Physiotherapeut) darf sich vor chirotherapeutischen (chiropraktischen) Eingriffen nicht auf den Hinweis beschränken, dass es im Anschluss an die Behandlung auch zu einer Verschlechterung der Beschwerden kommen könne.

Vielmehr ist ein durch einen Bandscheibenvorfall vorgeschädigter Patient darüber in Kenntnis zu setzen, dass es auch bei fehlerfreier Durchführung beim Eingriff zu einer Verlagerung von Bandscheibengewebe und in der Folge zu einer spinalen Wurzelkompression kommen kann. Dieser Hinweis ist zur Wahrung des Selbstbestimmungsrechts des Patienten dringend geboten, wenn ein Erfolg durch die Chirotherapie ungewiss ist, dem Heilbehandler bekannt ist, dass es dem Patienten darauf ankommt, eine Bandscheibenoperation zu vermeiden.“

Die oben genannten Risiken bzw. Nebenwirkungen der durchzuführenden Maßnahmen sind mir bewusst und ich erkläre mich damit einverstanden.

Werden evtl. bereits von Ärzten vorgeschlagene

Operationen oder Behandlungen abgelehnt oder aufgeschoben, so erfolgt dies ausschließlich in Eigenverantwortung des Patienten!

Ort, Datum

Unterschrift

Bei Minderjährigen der / die Erziehungsberechtigte)



Datenschutzerklärung

1. Wer ist für die Datenverarbeitung verantwortlich und an wen kann ich mich wenden?

Carsten Brinkpeter, Heilpraktiker, Master of Science Chiropraktik, Reiffstraße 2, 45659 Recklinghausen

2. Welche Daten werden genutzt?

Wir erheben und speichern ausschließlich Daten, die für die Behandlung und Abrechnung notwendig sind. Dazu gehören:

- Adressdaten (Name, Adresse/Kontaktdaten (Telefon, E-Mail-Adresse), Geburtsdatum/-ort, Geschlecht, Staatsangehörigkeit), ggf. Bankverbindung/Krankenversicherung
- Informationen über Ihren Gesundheitszustand, wie z.B. Informationen aus Untersuchungen, Erstgespräch, Folgeuntersuchungen, Behandlungen, Laborergebnissen, bildgebenden Verfahren

2. Zu welchem Zweck werden die Daten verarbeitet?

- Therapeutische Behandlung, Rechnungsstellung und ggf. Mahnverfahren

4. Wer bekommt Ihre Daten?

Wir geben Ihre Daten ausschließlich an die nachfolgend genannten Dritten weiter, es sei denn, wir sind darüber hinaus gesetzlich dazu verpflichtet:

- Abrechnungsstelle bzw. Betreiberfirma Abrechnungsprogramm, Steuerberater
- ggf. Inkassounternehmen, Schufa, Rechtsanwalt, Krankenkasse nach vorheriger Entbindung von der Schweigepflicht, Finanzamt

5. Übermittlung der Daten an ein Drittland

Wir übermitteln Ihre Daten ohne Ihre weitere Zustimmung nicht ins Ausland.

6. Wie lange werden Ihre Daten gespeichert?

Wir speichern Ihre Daten so lange, wie es unsere gesetzlichen Pflichten erfordern: Behandlungsdaten gemäß Patientenrechtgesetz 10 Jahre, Rechnungen nach geltendem Steuerrecht ebenfalls 10 Jahre. Sind die Daten für die Erfüllung vertraglicher oder gesetzlicher Pflichten nicht mehr erforderlich, werden sie regelmäßig gelöscht.

7. Welche Datenschutzrechte und Widerrufsrechte bestehen für Sie?

Jede betroffene Person hat das Recht auf Auskunft nach Artikel 15 DSGVO, das Recht auf Berichtigung nach Artikel 16 DSGVO, das Recht auf Löschung nach Artikel 17 DSGVO, das Recht auf Einschränkung der Verarbeitung nach Artikel 18 DSGVO, das Recht auf Widerspruch nach Artikel 21 DSGVO sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit nach Artikel 20 DSGVO. Darüber hinaus besteht ein Beschwerderecht bei einer Datenschutzaufsichtsbehörde (Artikel 77 DSGVO i.V.m. §19 BDSG). Eine erteilte Einwilligung in die Verarbeitung personenbezogener Daten können Sie jederzeit uns gegenüber widerrufen. Dies gilt auch für den Widerruf von Einwilligungserklärungen, die vor der Geltung der EU-Datenschutz-Grundverordnung, also vor dem 25. Mai 2018, uns gegenüber erteilt worden sind. Bitte beachten Sie, dass der Widerruf erst für die Zukunft wirkt. Verarbeitungen, die vor dem Widerruf erfolgt sind, sind davon nicht betroffen.

8. Bereitstellung Ihrer Daten

Mit Ihrer Unterschrift verpflichten Sie sich, die zu ihrer Behandlung und zur Abrechnung benötigten Daten bereitzustellen. Ohne diese Daten werden wir in der Regel den Abschluss des Vertrags/der Behandlung oder die Ausführung des Auftrags/der Behandlung ablehnen müssen oder einen bestehenden Vertrag nicht mehr durchführen können und ggf. beenden müssen.

9. Automatisierte Entscheidungsfindung und Profiling

Wir bedienen uns keiner Verfahren für automatische Entscheidungsfindung und nutzen kein Profiling oder Scoring.



chiropractic for life

Carsten Brinkpeter & Team

Datenschutzrechtliche Einwilligung in die Verarbeitung personenbezogener Daten

Hiermit erteile ich

Vorname: _____

Name: _____

Geburtsdatum: _____

meine Einwilligung in die Verarbeitung meiner Gesundheitsdaten im Zusammenhang mit meiner Behandlung in der Praxis des datenschutzrechtlich verantwortlichen Heilpraktikers:

Carsten Brinkpeter, Heilpraktiker, Master of Science Chiropraktik, Reiffstraße 2, 45659 Recklinghausen

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 (Abrechnung etc.) 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. Erteile ich diese Einwilligung nicht, entstehen mir hierdurch keine Nachteile. Ohne Einwilligung kann jedoch grundsätzlich keine Behandlung durch den Verantwortlichen erfolgen.
- Die Datenschutzerklärung in Papierform wurde ausgehändigt.
- Den Inhalt der abgedruckten Widerrufsbelehrung habe ich vor der Erteilung der Einwilligung zur Kenntnis genommen.

Recklinghausen, den _____

Unterschrift der Patientin/des Patienten:

Widerrufsbelehrung

Diese Einwilligung kann jederzeit und ohne Angabe 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:

Carsten Brinkpeter, Heilpraktiker, Master of Science Chiropraktik, Reiffstraße 2, 45659 Recklinghausen



chiropractic for life
Carsten Brinkpeter & Team

Patientenname: _____

Datenschutz Open Adjustment

Ich bin darüber informiert worden, dass die Justierungen zumeist im Open Adjustment (großer Raum / mehrere belegte Liegen) stattfinden, um so die Entspannung in Erwartung und Vorbereitung auf die Justierung zu gewährleisten. Daher bitte auch das Handy ausschalten. Die Erstbehandlung sowie die folgenden Reexams (Nachfolgeuntersuchungen) finden in einem extra dafür vorgesehenem Untersuchungs- / Anamneseraum statt.

Entsprechend ist mir im Sinne des Datenschutzgesetzes bewusst, dass im Open Adjustment keine Gespräche stattfinden, bei denen datenschutzrelevante Informationen ausgetauscht bzw. preisgegeben werden. Bei Bedarf stehen dafür andere Räumlichkeiten zu Verfügung.

Ich erkläre hiermit, keine datenschutzrelevanten Inhalte im Open Adjustment weiter zu geben und Stillschweigen über eventuell visuell oder akustisch erlangte Informationen bzgl. anderer Patienten zu wahren.

Ort, Datum _____

Unterschrift _____