

Hinweis: Bitte füllen Sie den Bogen vollständig aus und schicken diesen an [info@chiropraxis-landmann.de](mailto:info@chiropraxis-landmann.de). Gerne können Sie ihn auch bei Ihrem nächsten Besuch persönlich in unserer Praxis abgeben.

## Patienten Fragebogen – Erwachsener

### Persönliche Daten

Name, Vorname: .....

Geburtsdatum: .....

Straße: .....

PLZ und Ort: .....

Telefon privat: .....

Telefon mobil: .....

Telefon geschäftlich: .....

E-mail: .....

Name des Hausarztes: .....

Adresse des Hausarztes: .....

Telefonnummer des Hausarztes: .....

.....

Bei Minderjährigen bitte zusätzlich ‚Vorname/Name‘ des Erziehungsberechtigten/des Versicherten angeben:

.....

Wodurch kennen Sie unsere Praxis? .....

Beruf: .....

Krankenversicherung: **Gesetzlich**

Bitte informieren Sie sich über unsere Preise und Rabatte für Selbstzahler!

**Privat**

Abrechnung nach der Gebührenordnung für Heilpraktiker. Bitte erkundigen Sie sich, ob Ihre Kasse die Leistungen übernimmt!

**Zusatzversicherung für Heilpraktiker**

Abrechnung nach der Gebührenordnung für Heilpraktiker. Bitte erkundigen Sie sich, bis zu welcher Grenze Ihre Kasse die Leistungen übernimmt!

## Patienten Fragebogen – Erwachsener

Ich habe keine Beschwerden, ich bin aus **prophylaktischen Gründen** hier

Meine **Hauptbeschwerde/n** ist/sind:

.....

Meine Beschwerden sind akut seit ..... Tagen ..... Wochen

Meine Beschwerden sind chronisch seit ..... Monaten ..... Jahren

Meine Beschwerden sind schon  einmal oder  mehrmals aufgetreten

Ich war damit bereits in Behandlung bei:

Hausarzt Wann? .....

Orthopäde  
 Name: ..... Wann? .....

Adresse: ..... Telefonnummer: .....

Physiotherapeut  
 Name: ..... Wann? .....

Adresse: ..... Telefonnummer: .....

Die Behandlung war:  erfolgreich  wenig erfolgreich  erfolglos

Ich nehme z.Z. folgende Medikamente ein: .....

.....

Es gibt: Röntgenbilder von:  HWS  BWS  LWS  Becken

CT von:  HWS  LWS

MRT von:  HWS  LWS

## Patienten Fragebogen – Erwachsener

### Es gab in meinem Leben folgende Ereignisse:

- Unfall: .....
- Operation: .....
- Sonstiges: .....

### Ich habe folgende Beschwerden/Beschwerden in folgenden Bereichen:

- Kopfschmerz
- Halswirbel/Nacken
- Brustwirbelsäule
- Lendenwirbelsäule
- Gelenke: .....
- Ich trage Einlagen seit: .....
- Ich trage eine einseitige Absatzerhöhung:
  - links                       rechts                      ..... mm                      seit .....
- Kiefergelenk (Knirschen, Knacken, Schmerz)
- Schwindel (Dreh-, Schwank-, Lage-Schwindel)
- Gleichgewichtsstörungen
- Ohnmacht, Kreislaufschwäche
- Schulter-, Arm-, Handschmerzen: .....
- Hüft-, Knie-, Knöchel-, Fußprobleme: .....
- Becken, ISG, Leiste: .....

## Patienten Fragebogen – Erwachsener

Ich habe folgende Empfindungen in:  Armen oder  Beinen

- Schmerzen, Brennen, Stiche, Taubheit, Kälte
- Schmerzen, die an der Hinterseite des Beines nach unten ziehen  
(*Ichialgie*)
- Schmerzen, auch in Ruhe, kaum zu beeinflussen
- Schmerzen beim Sitzen, Aufstehen
- Schmerzen beim Husten, Lachen, Niesen, Pressen
- Schmerzen, die am Schlafen hindern

**Außerdem trifft Folgendes auf mich zu:**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Allergien                        | <input type="checkbox"/> Fibromyalgie                     |
| <input type="checkbox"/> Hautausschläge                   | <input type="checkbox"/> schlechter Allgemeinzustand      |
| <input type="checkbox"/> Asthma                           | <input type="checkbox"/> Diabetes                         |
| <input type="checkbox"/> Gewichtsprobleme                 | <input type="checkbox"/> Sodbrennen                       |
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck                    | <input type="checkbox"/> Verstopfung/Durchfälle/Blutungen |
| <input type="checkbox"/> Rheumatische Beschwerden         | <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen/Migräne            |
| <input type="checkbox"/> Infektanfälligkeit > 3x pro Jahr | <input type="checkbox"/> Blähungen                        |
| <input type="checkbox"/> müde, träge, kraftlos            | <input type="checkbox"/> mangelnde Konzentration          |
| <input type="checkbox"/> Vergesslichkeit                  | <input type="checkbox"/> Schwindel                        |
| <input type="checkbox"/> Schlafstörungen                  | <input type="checkbox"/> Depressionen                     |
| <input type="checkbox"/> Amalgambelastung/-sanierung      |   |

Bitte kreuzen Sie alle Symptome an, die Sie jemals hatten, auch wenn sie nicht mit Ihren derzeitigen Problemen in Zusammenhang zu stehen scheinen. Ihr Chiropraktor wird Ihnen dann aufzeigen, welche Art der Betreuung Sie benötigen, um wieder ausbalanciert und gesund zu werden.

## Balanciertes Nervensystem:

- Viel Energie    Wenig Beschwerden    Resistent gegen Infektionen    Positive Mentale Einstellung    Hohe Lebensqualität    Voll leistungsfähig     
 Hohe Lebensfreude    Aktiv    Optimale Auffassungsgabe und Konzentrationsfähigkeit    Exzellente Gesundheit    Dynamisch

## Unbalanciertes Nervensystem:

### Allgemeine Symptome:

- Gelenksbeschwerden    Rückenschmerzen    Schlechte Körperhaltung    Schlechte Heilung    Leistungsverlust,    funktionelle Organbeschwerden

### Unter-Erregt

- Schlechte Aufmerksamkeit  
 Impulsiv  
 Leicht ablenkbar  
 Unorganisiert  
 Depressiv  
 Unmotiviert  
 Schlechte Konzentration  
 Benebelt  
 Verstopfung  
 Geringe Schmerztoleranz  
 Schwierigkeiten aufzuwachen  
 Sorgen  
 Gereizt  
 Wenig Energie

### Instabil

- Migräne  
 Kopfschmerzen  
 Ohnmachtsanfälle  
 Schlafwandeln  
 Hitzewallungen  
 PMS  
 Nahrungsmittelunverträglichkeiten  
 Bettnässen  
 Essstörungen  
 Bipolare Störungen  
 Stimmungsschwankungen  
 Panikattacken

### Über-Erregt

- Kalte Hände / Kalte Füße  
 Angespannte Muskulatur  
 Zähneknirschen  
 Ängstlichkeit  
 Nervosität  
 Herzrhythmusstörungen  
 Schlafstörungen  
 Schlechte Emotionssteuerung  
 Schwaches Immunsystem  
 Gedankenkreisen  
 Bluthochdruck  
 Schnelles Altern  
 Reizdarm  
 ADHS

## Erschöpftes Nervensystem

- Krebs    Rheumatoide Arthritis    Diabetes    Multiple Sklerose    Depression    Chronische Müdigkeit    Fibromyalgie    ALS    Epstein-Barr  
 Syndrom    Morbus Crohn u.a.

## Patienten Fragebogen – Erwachsener

### Rechtliche Hinweise

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

die in unserer Praxis durchgeführten Diagnose- und Therapieverfahren sind sanfte Techniken, die Risiken auf ein Mindestmaß reduzieren. Dennoch sind wir vom Gesetzgeber dazu verpflichtet, Sie über die möglichen Gefahren von chiropraktischen Maßnahmen aufzuklären.

#### 1. Urteil des OLG Düsseldorf (vom 08.07.1993; AZ: 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; AZ: 14 U 44/96)

„Ein Heilbehandler (Arzt, Heilpraktiker, Physiotherapeut) darf sich vor chirotherapeutischen 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.**“

Ich wurde/werde über evtl. Risiko- bzw. Nebenwirkungen der durchgeführten Maßnahmen ausführlich in Kenntnis gesetzt und erkläre mich damit einverstanden. Werden evtl. bereits von Ärzten vorgeschlagene Operationen oder Behandlungen (z.B. Chemotherapie) abgelehnt oder aufgeschoben, so erfolgt dies ausschließlich in Verantwortung des Patienten!

Rosengarten, den: .....

Unterschrift des Patienten: .....

## Patienten Fragebogen – Erwachsener

### Zum Thema Abrechnung

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

a) Wenn Sie gesetzlich versichert sind, informieren Sie sich bitte über unsere Selbstzahlerpreise.

Preislisten erhalten Sie an der Anmeldung. Die Bezahlung erfolgt am Behandlungstag und ist als Bezahlung oder EC-Kartenzahlung möglich.

Fragen Sie eventuell bei Ihrer Versicherung nach, ob Sie eine Zusatzversicherung abschließen können, die die Kosten für Heilpraktiker ganz oder anteilig übernimmt.

b) Wenn Sie privat- oder zusatzversichert sind, erhalten Sie eine Rechnung laut GebÜH

(Gebührenordnung für Heilpraktiker).

Die Preise können von der GebÜH abweichen.

Für eine volle Erstattung meiner Leistungen durch Ihre Krankenversicherung kann ich leider nicht garantieren.

### Zum Thema Terminvereinbarung

Um längere Wartezeiten zu vermeiden, reservieren wir für Sie Termine.

Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass **Terminabsagen 24 Stunden vor** Ihrem mit uns vereinbarten Termin nicht berechnet werden.

In allen anderen Fällen sind wir nach BGB/§252 berechtigt, die Praxisausfallkosten (Behandlungsgebühr) in Rechnung zu stellen.

Terminabsagen sind per Telefon, Fax oder E-mail möglich!

Ihr Jaan-Peer Landmann

Bitte unterzeichnen Sie Ihre Kenntnisnahme, die Richtigkeit Ihrer gemachten Angaben und Ihr Einverständnis zu obigen Angaben.

Name des Patienten in Druckbuchstaben: .....

Rosengarten, den: .....

Unterschrift des Patienten: .....

## PATIENTENINFORMATION ZUM DATENSCHUTZ / DATENSCHUTZERKLÄRUNG

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten ist uns wichtig. Nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) 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 in puncto Datenschutz haben.

### 1. VERANTWORTLICHKEIT FÜR DIE DATENVERARBEITUNG

**Verantwortlich für die Datenverarbeitung ist:**

Praxisname: Jaan-Peer Landmann – Chiropraxis Landmann  
Ehestorfer Straße 3, 21224 Rosengarten/Vahrendorf  
Kontakt Daten: Tel.: 04108 41490 Email: [info@chiropraxis-landmann.de](mailto:info@chiropraxis-landmann.de)

**Sie erreichen die/den zuständige/n Datenschutzbeauftragte/n unter:**

Name: Holger Mahlstedt  
Anschrift: Wacholderweg 4a, 30890 Barsinghausen  
Kontakt Daten: [holger@mahlstedt-datenschutz.de](mailto:holger@mahlstedt-datenschutz.de)

### 2. ZWECK DER DATENVERARBEITUNG

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und Ihrem Therapeuten und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen.

Hierzu verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Ihre Gesundheitsdaten. Dazu zählen Anamnesen, Diagnosen, Therapieempfehlungen, Untersuchungsdokumentationen und Befunde, die wir oder andere Ärzte erheben. Zu diesen Zwecken können uns auch andere Ärzte oder Psychotherapeuten, bei denen Sie in Behandlung sind, Daten zur Verfügung stellen (z.B. in Arztbriefen).

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

### 3. EMPFÄNGER IHRER DATEN

Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben. Zur Erstellung von Rechnungen übermitteln wir Ihre Daten an unseren Steuerberater und an unsere Buchhaltung. Soweit diese Personen nicht aufgrund ihres Berufsstandes zur Verschwiegenheit verpflichtet sind, haben diese Personen eine gesonderte Verschwiegenheitserklärung unterzeichnet.

Die Übermittlung erfolgt überwiegend zum Zwecke der Abrechnung der bei Ihnen erbrachten Leistungen, zur Klärung von medizinischen und sich aus Ihrem Versicherungsverhältnis ergebenden Fragen. Im Einzelfall erfolgt die Übermittlung von Daten an weitere berechnete Empfänger.

Die oben genannten Daten werden auf dem firmeneigenen Server gespeichert.

Die Daten der Diers-Laufgeräte-Untersuchung werden auf einer hausinternen Diers-Festplatte gespeichert.



Die Vermessungsdaten CLA werden in einer Cloud unter [www.portal.subluxation.com](http://www.portal.subluxation.com) gespeichert. Die Speicherung dieser Daten erfolgt in den USA. Sie unterliegen somit nicht den Anforderungen der europäischen DS-GVO.

Gemäß Ihrer Einwilligung zur Übermittlung unseres Newsletter erhält unsere Werbeagentur ihre Email-Adresse.

#### **4. SPEICHERDAUER IHRER DATEN**

Wir bewahren Ihre personenbezogenen Daten nur solange auf, wie dies für die Durchführung der Behandlung erforderlich ist.

Aufgrund rechtlicher Vorgaben sind wir dazu verpflichtet, diese Daten mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren. Nach anderen Vorschriften können sich längere Aufbewahrungsfristen ergeben.

#### **5. IHRE RECHTE**

Sie haben das Recht, über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten Auskunft (gem. Art. 15 DS-GVO) zu erhalten. Auch können Sie die Berichtigung (gem. Art. 16 DS-GVO) unrichtiger Daten verlangen.

Darüber hinaus steht Ihnen unter bestimmten Voraussetzungen das Recht auf Löschung (gem. Art. 17 DS-GVO) von Daten, das Recht auf Einschränkung der Datenverarbeitung (gem. Art. 18 DS-GVO) sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit (gem. Art. 20 DS-GVO) 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 (gem. Art. 21 DS-GVO).

Sie haben ferner das Recht, sich gem. Art. 19 DS-GVO 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 der für uns zuständigen Aufsichtsbehörde lautet:

Name: Barbara Thiel  
Landesbeauftragte für den Datenschutz  
Prinzenstr. 5, 30159 Hannover

#### **6. RECHTLICHE GRUNDLAGEN**

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

Ihr Team von Chiropraxis Landmann

## 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:

**Jaan-Peer Landmann**  
**Chiropraxis Landmann**  
**Ehestorfer Str. 3,**  
**21224 Rosengarten/Vahrendorf**

Telefon 04108-41490 Email: [info@chiropraxis-landmann.de](mailto:info@chiropraxis-landmann.de) [www.chiropraxis-landmann.de](http://www.chiropraxis-landmann.de)

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 Behandlungsvertrags 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.**
- Den Inhalt der abgedruckten Widerrufsbelehrung habe ich vor Erteilung der Einwilligung zur Kenntnis genommen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der/des Patientin/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:

**Jaan-Peer Landmann**  
**Chiropraxis Landmann**  
**Ehestorfer Str. 3,**  
**21224 Rosengarten/Vahrendorf**

Telefon 04108-41490 Email: [info@chiropraxis-landmann.de](mailto:info@chiropraxis-landmann.de)

**Patientendaten Aktualisierung ab 2018:**

Liebe Patienten,

aufgrund der neuen europäischen Rechtsprechung sind wir dazu angehalten, ein erneutes Einverständnis zur Kommunikation mit Ihnen / dir einzuholen.

Darum möchten wir gern wissen, wie und mit welchen Anliegen wir Kontakt zu Ihnen / dir aufnehmen dürfen.

**Telefon / Mobil:** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Für Bestätigung / Rücksprachen zu:

Terminen       Rechnungen

**E-Mail:** \_\_\_\_\_

Für Zusendung von / Rücksprachen zu:

Terminen       Rechnungen       Untersuchungsergebnissen

Praxis-Newsletter

**Ja**, ich möchte den Praxis-Newsletter erhalten, um über aktuelle Themen und Veranstaltungen der Chiropraxis Landmann auf dem Laufenden gehalten zu werden. Ich habe die [Datenschutzerklärung](#) (s. Website) zur Kenntnis genommen.

**Hinweis:** Sie können Ihre Einwilligung jederzeit für die Zukunft per Mail an [info@chiropraxis-landmann.de](mailto:info@chiropraxis-landmann.de) widerrufen.

Name: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_