

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

Patienten Fragebogen – Säuglinge und Kinder

Persönliche Daten

Name, Vorname des Kindes:

Name eines Elternteils:

.....

PLZ und Ort:

Straße:

Klasse/Kindergarten:

Geburtsdatum:

Familienstand der Eltern:

Geschwister (Anzahl und Alter):

Telefon mobil:

Telefon privat:

E-mail:

Telefon geschäftlich:

Adresse des Kinderarztes:

Name des Kinderarztes:

.....

Telefonnummer des Kinderarztes:

.....

Wodurch kennen Sie unsere Praxis?

Krankenversicherung: **Gesetzlich**

Bitte informieren Sie sich über unsere Preise und Rabatte für Selbstzahler am Empfang.

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 – Säuglinge und Kinder

Hauptproblem:

.....

Schwangerschaftsverlauf: normal mit Komplikationen, welchen?
.....
.....

Geburt: mehr als 2 Wochen zu früh mehr als 10 Tage zu spät
 PDA Kaiserschnitt
 Saugglocke Zange
 Gewicht weniger als 2500 g Dauer der Geburt ab Blasensprung:
 Besonderheiten bei der Geburt:

Wird/Wurde das Kind gestillt? Ja. Wie lange?
.....
 Nein

Gibt es/Gab es Stillschwierigkeiten? Ja, Welche?
.....
 Nein

Sonstiges:

.....

.....

.....

Patienten Fragebogen – Säuglinge und Kinder

Baby (0-1 Jahr):

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Kann das Köpfchen nicht halten (ab 12. Woche)
<input type="checkbox"/> Hat eine Liegeglatze
<input type="checkbox"/> Zeigt eine deutliche Asymmetrie (Blickrichtung)
<input type="checkbox"/> Rücken überstreckt sich stark
<input type="checkbox"/> Hat keinen regelmäßigen Stuhlgang (weniger als 1 x täglich) | <input type="checkbox"/> Pofalte ist schief
<input type="checkbox"/> Dreht sich überwiegend in eine Richtung
<input type="checkbox"/> Liegt nur auf dem Bauch
<input type="checkbox"/> Hat Blähungen/Koliken
<input type="checkbox"/> Schreit viel (mehr als 3 Std. an drei aufeinander folgenden Tagen) |
|---|--|

Schlaf: Schläft durch Schläft schlecht ein Schläft kurz und unruhig

Kleinkind (1-6 Jahre):

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Hat das Krabbeln ausgelassen
<input type="checkbox"/> Hat mit 16 Monaten oder später das Laufen gelernt
<input type="checkbox"/> Hat Schwierigkeiten sich selbst anzuziehen (Knöpfe/Schleifen) <i>über das Alter von 6-7 Jahren hinaus</i>
<input type="checkbox"/> Allergien, welche?
<input type="checkbox"/> Lutscht noch am Daumen <i>über das Alter von 5 Jahren hinaus</i>
<input type="checkbox"/> Häufige Ohren- und Nasen-Infektionen
<input type="checkbox"/> Hat Schwierigkeiten beim Fahrradfahren
<input type="checkbox"/> Hat Schwierigkeiten beim Ballfangen | <input type="checkbox"/> Zehenspitzenläufer
<input type="checkbox"/> Hat mit 18 Monaten oder später zu sprechen begonnen
<input type="checkbox"/> Zeigte außergewöhnliche Reaktionen nach Impfungen
<input type="checkbox"/> Bettnässen <i>über das Alter von 5 Jahren hinaus</i>
<input type="checkbox"/> Hat Schwierigkeiten, auf einem Bein zu hüpfen
<input type="checkbox"/> Ängstlichkeit beim Klettern in der Höhe |
|---|--|

Patienten Fragebogen – Säuglinge und Kinder

Schulkind (ab 6 Jahre):

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Leseschwierigkeiten | <input type="checkbox"/> Schreibschwierigkeiten |
| <input type="checkbox"/> Abschreibschwierigkeiten | <input type="checkbox"/> Rechenschwierigkeit |
| <input type="checkbox"/> Konzentrationsmangel | <input type="checkbox"/> Unruhe |
| <input type="checkbox"/> Wahrnehmungsstörungen | <input type="checkbox"/> Probleme im Sportunterricht |
| <input type="checkbox"/> Reiseübelkeit | <input type="checkbox"/> Trägt eine Zahnklammer |
- seit:

Sonstiges:

.....

.....

.....

Patienten Fragebogen – Säuglinge und Kinder

Rechtliche Hinweise

Liebe Eltern,

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 der Eltern des Patienten!

Rosengarten, den:

Unterschrift des Erziehungsberechtigten:

Patienten Fragebogen – Säuglinge und Kinder

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 Erziehungsberechtigten in Druckbuchstaben:

Rosengarten, den:

Unterschrift des Erziehungsberechtigten:

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

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

Name: Holger Mahlstedt
Anschrift: Wacholderweg 4a, 30890 Barsinghausen
Kontakt Daten: 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 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 eines Kindes

Hiermit erteile ich

 Vorname, Name

 Geburtsdatum

als Träger der elterlichen Verantwortung meine **Einwilligung** in die Verarbeitung der Gesundheitsdaten von

 Vorname, Name DES KINDES

 Geburtsdatum

im Zusammenhang mit der Behandlung dieses Kindes in der Praxis des datenschutzrechtlich verantwortlichen Heilpraktikers:

Jaan-Peer Landmann
Chiropraxis Landmann
Ehestorfer Straße 3
21224 Rosengarten/Vahrendorf
Telefon 04108-41490
Email: info@chiropraxis-landmann.de
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 des Erziehungsberechtigten

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
Ehestorfer Straße 3
21224 Rosengarten/Vahrendorf
Telefon 04108-41490
Email: 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. (Bei Minderjährigen durch einen Erziehungsberechtigten auszufüllen).

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 widerrufen.

Name: _____

Datum: _____

Unterschrift: _____