

Schmerzfragebogen

Nachname: _____ **Vorname:** _____ **Titel:** _____

Geb.Datum: _____ **Telefon:** _____

Straße: _____ **PLZ:** _____ **Ort:** _____

	Problem	Seit wann	Derzeitige Symptome
1			
2			
3			
4			
5			

Womit wurden Sie bisher behandelt?

Woran sind Sie bisher operiert worden?

	OP	Wann?
1		
2		
3		

Welche Unfälle hatten Sie?

	OP	Wann?
1		
2		
3		

Wie haben sich die Beschwerden im Laufe der Zeit verändert?

Zu welchen Tageszeiten sind Ihre Beschwerden deutlich wahrnehmbar?

Welche Medikamente nehmen Sie?

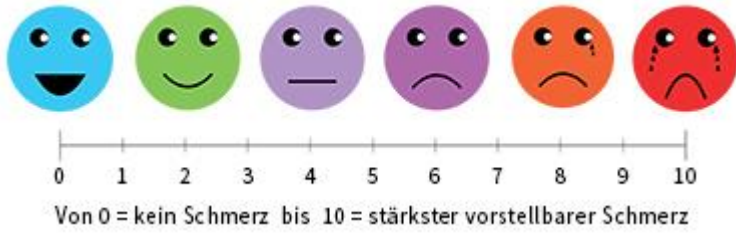
	Medikament	Seit wann?
1		
2		
3		
4		
5		

Was lindert Ihre Beschwerden?

Was verstärkt Ihre Beschwerden?

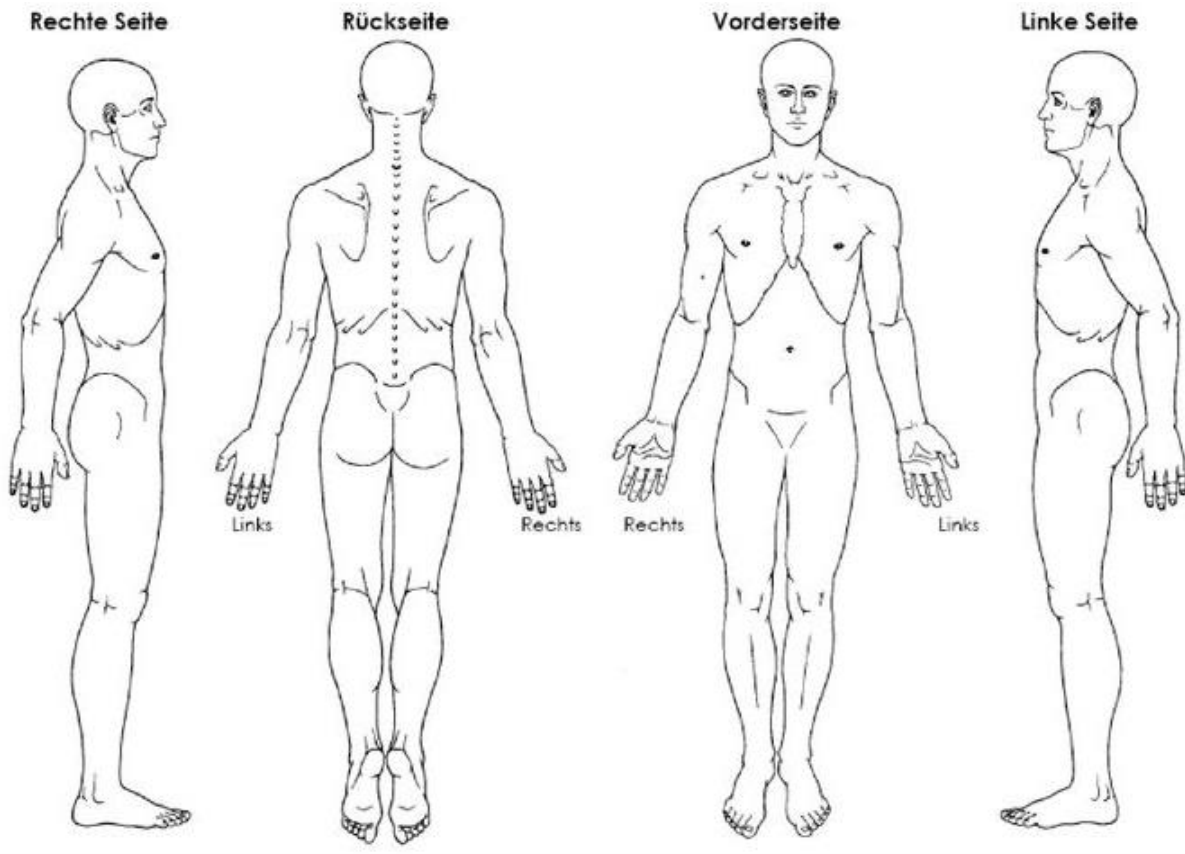
In welchen Tätigkeiten werden Sie durch ihre Beschwerden eingeschränkt?

Tragen Sie hier bitte die Intensität ihrer Gesamtschmerzen ein



Bitte zeichnen Sie in dieser Skizze Ihr „Schmerzbild“ ein:

- Machen Sie ein Kreuz bei punktuellen Schmerzen x
- Machen Sie einen Pfeil bei ausstrahlenden Schmerzen →
- Machen Sie eine Schraffur bei schwer lokalisierbaren Beschwerden ///
- Wenn Sie Farbstifte verwenden zeichnen Sie die Schmerzen der Intensität nach der Schmerzskala ein
- Wenn Sie keine Farbstifte verwenden, beschreiben Sie die Schmerzen von 1-10 nach der Schmerzskala



Beschreiben Sie ihre Beschwerden möglichst genau mit Ihren eigenen Worten:

Kundenprofil

Familienstand: _____ **Kinder:** _____

E-Mail: _____ **Beruf:** _____

Berufliche Belastungen: _____

Berufliche / Private Veränderungswünsche? _____

Private Belastungen: _____

Seelische Leiden: _____

Sind sie in ärztlicher Behandlung? _____

Welche Therapieformen wurden schon gemacht? _____

Welche Therapieformen lehnen Sie ab? _____

Leiden Sie unter Allergien? _____

Was haben Sie für Wünsche oder Anliegen an mich? _____

Diese Daten werden sehr sorgfältig von mir behandelt. Ich unterliege der Schweigepflicht und dem Datenschutzgesetz!

Diese Datenerhebung ist für eine adäquate Behandlung notwendig!

Datenschutz:

Der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten ist für mich sehr wichtig. Nach der DSGVO (EU-DatenschutzGrundverordnung) bin ich verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck meine Praxis Daten erhebt, speichert, weiterleitet oder sonst verarbeitet. Der Information können Sie auch entnehmen, welche Rechte Sie haben.

Verantwortliche Person für die Datenverarbeitung ist:

Kaplaner Tina, Grav 24, 6710 Nenzing, Tel: +43 681 / 20422699

Die Datenverarbeitung erfolgt, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und Ihrem Heilpraktiker erfüllen zu können. Ich verarbeite Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Ihrer Gesundheitsdaten. Dazu zählen Anamnesen, Diagnosen, Therapievorschläge und Befunde, die ich oder andere Behandlungspersonen (Ärzte/ Heilpraktiker usw.) erheben, bzw. erhoben haben. Zu diesen Zwecken können mir auch andere Ärzte, Heilpraktiker 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 erhoben oder bereitgestellt, kann eine sorgfältige Behandlung durch meine Praxis nicht erfolgen. Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn Sie hierzu Ihre Einwilligung erteilt haben. Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten können vor allem andere Heilpraktiker/ Ärzte/ Psychotherapeuten/ Physiotherapeuten, Krankenversicherungen, Labore und Verrechnungsstellen sein. Die Übermittlung erfolgt überwiegend zum Zwecke der Abrechnung der bei Ihnen erbrachten Leistungen. Im Einzelfall kann die Übermittlung von Daten an weitere berechnigte Empfänger erfolgen. Ich bewahre Ihre personenbezogenen Daten nur solange auf, wie dies für die Durchführung der Behandlung erforderlich ist. Aufgrund rechtlicher Vorgaben bin ich allerdings dazu verpflichtet, diese Daten mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren (§630 f BGB). Sie haben das Recht, über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten Auskunft zu erhalten und können 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.

Ich bin damit Einverstanden, dass meine Daten für Behandlungszwecke aufgenommen und gespeichert werden.

Datum/ Unterschrift