

Praxis für Physiotherapie

N. Nikolaidis und W. Nikolaidis GbR
Kölner Str. 54
51429 Bergisch Gladbach
T: 02204 9798200
F: 02204 9798210
info@praxisphysiowerk.de



Datenschutzerklärung zum Patientenfragebogen

Sehr geehrte |r Patient |in,

um Ihnen eine angemessene und auf Ihr Gesundheitsproblem zugeschnittene Behandlung zu kommen zu lassen, sind für uns vielfältige Informationen erforderlich, die sich allein aus Ihrer Heilmittelverordnung nicht ergeben. Dies können neben Angaben zur Person (wie Alter, Größe, Gewicht, bestimmte Gewohnheiten oder berufliche Tätigkeit) auch Angaben zu Ihrem Gesundheitszustand sein (bspw. Vorerkrankungen, erfolgte Operationen, Einnahme bestimmter Medikamente). Diese Informationen sind die Basis unserer Befunderhebung und sichern eine effiziente und für Sie erfolgreiche Therapie.

Um dieses Verfahren der Anamnese zu beschleunigen und Ihnen einen zügigen Start der Therapie zu ermöglichen, benutzen wir in unserer Praxis standardisierte Fragebogen. Dabei kann es vorkommen, dass durch den Fragenkatalog Daten abgefragt werden, die im Einzelfall für Sie oder Ihren Behandlungsanlass ohne Bedeutung sind. Sollten Sie also eine der Fragen nicht verstehen oder deren Sinnhaftigkeit für Ihre Therapie nicht nachvollziehen können, lassen Sie diese zunächst aus und besprechen Sie sie bitte direkt mit Ihrem behandelnden Therapeuten.

Selbstverständlich steht es Ihnen frei, Fragen nicht zu beantworten. Sie haben jederzeit das Recht, bestimmte Angaben zu verweigern. Sollte es sich jedoch um Informationen handeln, die unsere Therapeuten für notwendig halten, um eine qualifizierte Behandlung durchzuführen oder Kontraindikationen für eine Behandlungstechnik auszuschließen, kann es bei einer Verweigerung dazu kommen, dass der Therapeut die Behandlung ablehnt.

Die von Ihnen gemachten Angaben werden als Teil der Behandlungsdokumentation archiviert. Selbstverständlich können Sie Ihre Dokumentation jederzeit einsehen oder Fotokopien davon anfertigen. Wir versichern Ihnen, dass alle Angaben, die Sie hier machen, den Regelungen zum Patientengeheimnis unterliegen und nicht an unberechtigte Dritte weitergegeben werden.

Zur Unterstützung Ihrer erfolgreichen Behandlung bitten wir Sie darum, den Fragenbogen wahrheitsgemäß auszufüllen.

Ihr Praxisteam

Allgemeiner Patientenfragebogen

Sehr geehrte |r Frau | Herr (Name | Vorname) _____

wir freuen uns, dass Sie sich bei uns angemeldet haben. Um Sie während Ihrer Zeit bei uns gut betreuen zu können, bitten wir Sie im Vorwege einige Fragen zu Ihrer Gesundheit zu beantworten. Die Beantwortung der Fragen ist freiwillig. Sollten Ihnen einzelne Fragen unklar erscheinen, lassen Sie sie zunächst frei und besprechen Sie diese und die Notwendigkeit ihrer Beantwortung mit Ihrem behandelnden Therapeuten persönlich. Ihre Angaben sind selbstverständlich vertraulich und unterliegen dem Datenschutz. Es wird darauf hingewiesen, dass zu diesem Fragebogen eine verpflichtende datenschutzrechtliche Aufklärung gehört, die Ihnen von uns zu Ihrer weiteren Verfügung ausgehändigt wird.

Was ist der Grund für Ihren Besuch bei uns?

Wie und wobei machen sich die Beschwerden im Alltag bemerkbar?

Welches Ziel wollen Sie durch unsere Therapie erreichen?

Woran werden Sie es im Alltag merken, dass die Therapie erfolgreich ist?

Wodurch werden die Beschwerden ausgelöst?

Wie lassen sich die Beschwerden lindern? (z. B. Wärme, Kälte, Medikamente, Bewegung etc.)

Wodurch werden die Beschwerden verstärkt? (z. B. Wärme, Kälte, Medikamente, bestimmte Bewegungen etc.)

Seit wann bestehen diese Beschwerden und wie haben sie sich seitdem verändert?

Welche Therapien sind bisher erfolgt und wie haben diese geholfen?

Leiden Sie an einer chronischen und/oder schweren Krankheit? Wenn ja, woran und seit wann?

Haben Sie schon einmal eine schwere Krankheit durchgemacht? Wenn ja, welche und wann?

Hatten Sie Unfälle oder schwere Verletzungen?

Datum	Art des Unfalls der Verletzung	Zurückgebliebene Folgeschäden

Hatten Sie schon einmal einen Krankenhausaufenthalt?

Datum	Ursache

Nehmen Sie zurzeit Medikamente?

Medikament	Einnahmehäufigkeit	Einnahme seit	Nebenwirkungen

Persönliche Daten

Überweisender Arzt		Arbeitsunfähig seit
Diagnose	Hilfsmittelversorgung	Verordnung
Alter	Größe	Gewicht
Familienstand	Anzahl der Kinder	Freizeitaktivitäten
Erlerner Beruf		Jetzige Tätigkeit

Rauchen Sie?

Ja Nein Wenn ja, wieviel? _____

Trinken Sie Alkohol?

Ja Nein Wenn ja, wie häufig und wieviel? _____