



## ANAMNESEBOGEN FÜR ERWACHSENE

Bitte nehmen Sie sich Zeit diesen Bogen sorgfältig auszufüllen! Er stellt eine wichtige Grundlage für Ihre Behandlung in unserer Praxis dar. Wir möchten Sie und Ihre Gewohnheiten kennenlernen und verstehen, um Sie optimal auf Ihrem Weg zu mehr Lebensqualität und Wohlbefinden zu unterstützen.

### PERSÖNLICHE DATEN

Vorname \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

Nachname \_\_\_\_\_

PLZ / Ort \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Mobil \_\_\_\_\_

### KRANKENVERSICHERUNG (Bitte beachten Sie die angehängte Honorarvereinbarung)

gesetzlich bei \_\_\_\_\_  Zusatzversicherung für HP \_\_\_\_\_

privat bei \_\_\_\_\_  Beihilfe  Post B

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

Internet  Social Media  Empfehlung von \_\_\_\_\_  Sonstiges

### ALLGEMEINE ANGABEN

Familienstand  ledig  Partnerschaft  verheiratet  geschieden  verwitwet

Beruf \_\_\_\_\_  viel sitzen  viel stehen  körperliches Arbeiten

Waren Sie zuvor schon mal in chiropraktischer Behandlung

Nein  Ja Bei \_\_\_\_\_

### ICH UND MEINE (KRANKEN-) GESCHICHTE

Geburt:

normale Geburt  Kaiserschnitt  Geburt mit Hilfsmitteln

andere Komplikationen \_\_\_\_\_

Gab es Kindererkrankungen mit Komplikationen?

Nein  Ja, welche? \_\_\_\_\_

Ich habe in den letzten 2 Jahren eine Impfung erhalten?

Ja, welche? \_\_\_\_\_

Welche nennenswerten Krankheiten gab es?  Keine

Ja, welche? \_\_\_\_\_ Wann? \_\_\_\_\_

Gab es Unfälle/Stürze? Welche? Wann war das? \_\_\_\_\_

Gab es Operationen? Welche? Wann war das? \_\_\_\_\_

Bandscheibenvorfälle oder Protrusionen Wann/Wo? \_\_\_\_\_

Von folgendem Genussmittel konsumiere ich zu viel: \_\_\_\_\_

## SO GEHT ES MIR IM MOMENT

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

Ich habe Beschwerden im Bereich:

Lendenwirbelsäule  Brustwirbelsäule  Halswirbelsäule

Gelenke \_\_\_\_\_

Meine Beschwerden sind akut seit \_\_\_\_\_ Tagen

Meine Beschwerden sind chronisch seit \_\_\_\_\_ Wochen \_\_\_\_\_ Monaten \_\_\_\_\_ Jahren

Meine Beschwerden treten immer wieder auf.

Sind Sie aktuell in ärztlicher Behandlung?

Nein  Ja, wegen \_\_\_\_\_

Waren Sie damit schon in Behandlung?  Nein  Ja, bei \_\_\_\_\_

Gab es eine Ursache?  Unfall  Sturz  weiß nicht  andere \_\_\_\_\_

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?

Nein  Ja, folgende:

Schmerzmedikamente  entzündungshemmende Medikamente  Diabetes-Medikamente

Herz- bzw. Blutdruckmedikamente  Blutverdünner  Sonstige \_\_\_\_\_

Kommen bestimmte Krankheiten in Ihrer Familie gehäuft vor?

Nein  Ja, folgende \_\_\_\_\_

Ich trage Einlagen  Nein  Ja Ich trage Beissschienen  Nein  Ja

Ich trage einseitige Absatzerhöhung:  Nein  Ja, links  Ja, rechts

Leiden Sie unter Allergien oder Unverträglichkeiten?

Nein  Ja, folgende \_\_\_\_\_

## DAS ALLTÄGLICHE

Schlafstunden \_\_\_\_\_ STD / Nacht

Ruhe / Entspannung \_\_\_\_\_ STD / Nacht

Koffein \_\_\_\_\_ Tassen / Tag

Schwangerschaft  Nein  Ja \_\_\_\_\_ / SSW

Trinkmenge / Wasser \_\_\_\_\_ Liter / Tag

Geräte (PC, TV, Handy ....) \_\_\_\_\_ STD / Tag

Zigaretten  Nein  Ja \_\_\_\_\_ / Tag

Sport \_\_\_\_\_ STD / Woche

Alkohol  Nein  Ja \_\_\_\_\_ Gläser / Woche

Sportarten / Freizeitaktivitäten \_\_\_\_\_

Drogen  Nein  Ja \_\_\_\_\_ / Woche

\_\_\_\_\_

Süßigkeiten \_\_\_\_\_ Portionen / Tag

spez. Ernährungsgewohnheiten

Körpergröße \_\_\_\_\_ cm Gewicht \_\_\_\_\_ kg

\_\_\_\_\_

## WAS TRIFFT AUF SIE ZU?

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Nachtschweiß           | <input type="checkbox"/> Durchblutungsstörungen   | <input type="checkbox"/> Schwangerschaftsbeschwerden |
| <input type="checkbox"/> Gewichtsverlust        | <input type="checkbox"/> kalte Hände / Füße       | <input type="checkbox"/> Wechseljahrsbeschwerden     |
| <input type="checkbox"/> Appetitlosigkeit       | <input type="checkbox"/> Blutdruckprobleme        | <input type="checkbox"/> Osteoporose                 |
| <input type="checkbox"/> Leistungsabfall        | <input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörungen    | <input type="checkbox"/> starkes Schwitzen           |
| <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen          | <input type="checkbox"/> Kurzatmigkeit            | <input type="checkbox"/> Schlafstörungen             |
| <input type="checkbox"/> Migräne                | <input type="checkbox"/> Husten                   | <input type="checkbox"/> Müdigkeit                   |
| <input type="checkbox"/> Schwindel              | <input type="checkbox"/> Auswurf                  | <input type="checkbox"/> Erschöpfung                 |
| <input type="checkbox"/> Ohrgeräusche           | <input type="checkbox"/> Asthma                   | <input type="checkbox"/> Reizbarkeit                 |
| <input type="checkbox"/> Kiefergelenkprobleme   | <input type="checkbox"/> Allergien                | <input type="checkbox"/> Depressionen                |
| <input type="checkbox"/> Konzentrationsschwäche | <input type="checkbox"/> Hautprobleme             | <input type="checkbox"/> Antriebslosigkeit           |
| <input type="checkbox"/> Benommenheit           | <input type="checkbox"/> schwaches Immunsystem    | <input type="checkbox"/> Gelenkprobleme              |
| <input type="checkbox"/> Ohnmachtsanfälle       | <input type="checkbox"/> Blasenleiden             | <input type="checkbox"/> Verspannungen               |
| <input type="checkbox"/> Augenzucken            | <input type="checkbox"/> Magenprobleme            | <input type="checkbox"/> Rückenschmerzen             |
| <input type="checkbox"/> Nachtschweiß           | <input type="checkbox"/> Sodbrennen               | <input type="checkbox"/> Skoliose                    |
| <input type="checkbox"/> Sehstörungen           | <input type="checkbox"/> Verdauungsprobleme       | <input type="checkbox"/> Lähmungserscheinungen       |
| <input type="checkbox"/> Schwerhörigkeit        | <input type="checkbox"/> Stuhlveränderungen       | <input type="checkbox"/> Kribbeln / Taubheit         |
| <input type="checkbox"/> Zahnprobleme           | <input type="checkbox"/> Hämorrhoiden             | <input type="checkbox"/> Potenzprobleme              |
| <input type="checkbox"/> Zähneknirschen         | <input type="checkbox"/> Heißhunger               | <input type="checkbox"/> sexuelle Unlust             |
| <input type="checkbox"/> Gefäßerkrankungen      | <input type="checkbox"/> Menstruationsbeschwerden | <input type="checkbox"/> unerfüllter Kinderwunsch    |

## BITTE SCHÄTZEN SIE FOLGENDE LEBENSBEREICHE EIN: (1= sehr gut / 6= ungenügend)

- |                                |                          |
|--------------------------------|--------------------------|
| _____ Essen / Trinken          | _____ Gesundheitszustand |
| _____ Bewegung / Sport         | _____ Leistungsfähigkeit |
| _____ Entspannung Schlaf       | _____ beruflicher Stress |
| _____ mentale Ausgeglichenheit | _____ privater Stress    |

## 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 \_\_\_\_\_