



Patienten-Fragebogen bei Neuaufnahme

für Patient/in: _____

Liebe PatientInnen,

herzlich willkommen in unserer Praxis. Zu Beginn Ihrer Therapie möchten wir Sie darauf hinweisen, dass wir Sie nur nach Vorlage **einer korrekt ausgestellten und aktuellen Heilmittelverordnung** behandeln dürfen. Weiterhin möchten wir Sie bitten, sich kurz die Zeit zu nehmen um die folgenden Fragen zu beantworten. Dieser Fragebogen soll zusammen mit unserem Anamnesegespräch dazu dienen, eine effektive Therapie in enger Zusammenarbeit mit unseren PatientInnen zu gewährleisten. Dabei kommt es besonders auf Ihre **aktive** Mithilfe an.

- **Mit welcher Diagnose kommen Sie zu uns?** Was sind Ihre akuten Beschwerden?

- Haben Sie andere Grunderkrankungen? Wenn ja, welche?

- Welche Maßnahmen haben Sie bereits ergriffen, um Ihre Beschwerden zu lindern?

- Was erwarten Sie von der Therapie? Welche Ziele haben Sie z. B. in Bezug auf mögliche bestehende Einschränkungen in Ihrem Alltag?

Sofern Sie den vereinbarten Behandlungstermin nicht wahrnehmen können, müssen Sie diesen **mindestens 24 Stunden vorher absagen**, damit wir die für Sie vorgesehene Zeit noch anderweitig verplanen können. Weitere Informationen zu unseren Vertragsbedingungen entnehmen Sie bitte dem Behandlungsvertrag unserer Praxis.

- bitte wenden -



Datenverarbeitung

In unserer Praxis besteht die Möglichkeit, Fotos und Videos zur Dokumentation der Behandlung aufzunehmen. Voraussetzung hierfür ist Ihre ausdrückliche Zustimmung, die Sie jederzeit widerrufen können.

Ich stimme der Aufzeichnung von Fotos/Videos zur Dokumentation der Behandlung zu!

Die Weiterleitung dieser Daten an Dritte ist mit Ihrer Zustimmung ebenfalls möglich. (*Bitte ankreuzen!*)

Die Weiterleitung an Dritte wird von mir **nicht** gewünscht!

Ich stimme der Weiterleitung zu, soweit dies für die erfolgreiche Weiterbehandlung notwendig ist:

an die Schule / die Kita

sonstige: _____

Weitere Informationen zum Thema Datenschutz haben wir auf den Informationsschreiben „Infoblatt Datenschutz“ sowie „Datenschutzhinweise nach DSGVO“ zusammengestellt. Diese können Sie auf Wunsch jederzeit in unserer Praxis einsehen.

Ihre Gesundheit und Ihre Daten sind uns wichtig! Durch Ihre Unterschrift erklären Sie sich einverstanden, dass Ihre Daten im Rahmen der gesetzlichen Grundlagen zu den genannten Zwecken erhoben, gespeichert und verarbeitet werden dürfen.

Diese Einwilligung kann jederzeit von Ihnen widerrufen werden.

Datum

Unterschrift PatientIn

ggf. gesetzlicher Vertreter des/der PatientIn